

PAR COURRIEL

Québec, le 24 janvier 2025



N/Réf. : 91450

Objet : Votre demande d'accès aux documents



Nous donnons suite à votre demande d'accès, reçue le 23 mars dernier, laquelle vise à obtenir les informations suivantes :

1. Qu'avez-vous transmis comme informations à la SSQ, devenue Beneva concernant les salaires et les pourcentages d'augmentation, avec ou sans les rétroactivités des échelles salariales des membres d'un organisme du Gouvernement, soit la CLP, devenue le Tribunal administratif du travail, le TAT ?
2. Quels sont les pourcentages d'augmentation des échelles de traitement des titulaires d'un emploi supérieur, qui est au maximum de l'échelle de traitement incluant les rétroactivités pour les années 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 dont le niveau du poste est le DM04.
3. Pourriez-vous me détailler toutes les informations transmises à la SSQ concernant les nouvelles échelles salariales du poste DM04 pour la période de 2015 à 2022, et celles, s'il y en a, prévues à la section 4.8 ou 6.8 du Contrat d'assurances collective YZ, numéro Y9999 qui est libellé dans les lettres ou courriels des 29 février 2024 (Mme Jolyane Fortier) qui a été remplacé par M. Aristide Kabiro le 11 mars 2024, soit 6.8 ou 4.8 a) : « l'augmentation de l'échelle de traitement des Cadres (classe 4) de la fonction publique appliquée au cours de l'année précédente ».
4. En vertu de quels lois, règlements ou décrets ministériels vous établissez les majorations ou augmentations des échelles salariales des juges administratifs de la CLP, devenue le TAT depuis 2015 ?

... 2

Pour ce qui est des points 1 et 3 de votre demande, vous trouverez ci-joints les courriels transmis par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) à la SSQ concernant les majorations et indexations de l'échelle salariale et de l'assurance salaire longue durée, les lettres réponses officielles en provenance de la SSQ confirmant les informations reçues, ainsi qu'une copie de la police d'assurance collective Y9999.

Nous vous informons cependant que certains renseignements de ces documents ont été caviardés, car ceux-ci constituent des renseignements personnels et confidentiels, en l'occurrence, les signatures, et ce, en application des articles 53 et 54 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A 2.1), ci-après « Loi sur l'accès ».

Enfin, en ce qui concerne les points 2 et 4 de votre demande, ceux-ci relèvent davantage de la compétence du Secrétariat des emplois supérieur, rattaché au ministère du Conseil exécutif. Conformément à l'article 48 de la Loi sur l'accès, nous vous invitons à vous adresser au responsable de ce ministère aux coordonnées suivantes :

Ministère du Conseil exécutif
Madame Julie Boucher
Responsable de l'accès à l'information
835, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1A 1B4
mce.accesmce@mce.gouv.qc.ca

Nous vous indiquons que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Vous trouverez en pièces jointes une note explicative concernant l'exercice de ce recours ainsi que le libellé des articles précités.

Veuillez agréer, [REDACTED], mes salutations distinguées.

Original signé

Maxime Perreault
Responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels

p. j

ENVOI PAR COURRIEL

DESTINATAIRES : Directrices et directeurs des ressources humaines

EXPÉDITEUR : M. Jean-Philippe Day
Directeur général

DATE : Le 22 mars 2017

OBJET : **Modifications aux directives visant le personnel d'encadrement et les médiateurs et conciliateurs**

Le Conseil du trésor a adopté, lors de la séance du 21 mars 2017, des modifications aux directives suivantes :

- Directive concernant l'ensemble des conditions de travail des cadres;
- Directive concernant l'ensemble des conditions de travail des cadres juridiques;
- Directive concernant l'ensemble des conditions de travail des cadres œuvrant en établissement de détention à titre de directeurs des établissements de détention;
- Directive concernant l'ensemble des conditions de travail des cadres œuvrant en établissement de détention à titre d'agents de la paix à l'exclusion des directeurs en établissement de détention;
- Directive concernant la rémunération et les conditions de travail des médiateurs et conciliateurs;
- Directive concernant certains aspects de l'opération de révision des traitements au 2 avril de chaque année.

Pour chacun des groupes, à l'exception de celui des cadres juridiques, cette décision permet d'intégrer aux conditions de travail les éléments ci-dessous à savoir :

1. Les majorations des échelles de traitement, des primes et des allocations au 1^{er} avril 2016 (1,5 %), au 1^{er} avril 2017 (1,75 %) et au 1^{er} avril 2018 (2,0 %);
2. Une majoration additionnelle de 2,0 % aux primes et allocations au 2 avril 2019;

...2

3. Le versement d'une rémunération additionnelle correspondant à :
 - a. 1 % du traitement reçu pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016;
 - b. 0,5 % du traitement reçu pour la période du 1 avril 2019 au 31 mars 2020;
4. Les modifications résultant de l'abrogation du boni au rendement.

Les ajustements de traitement, primes et allocations devraient être effectifs au cours du mois de mai.

Pour le groupe des cadres juridiques, l'entente du 20 décembre 2016 conclue avec leur association s'étant limitée aux éléments du régime de retraite et à l'abrogation du boni, seules les modifications afférentes au point 4 ont été apportées à leur directive.

Par ailleurs, les discussions se poursuivent avec tous ces groupes et pourraient conduire à d'autres modifications à leurs conditions de travail.

Enfin, notez qu'aucune modification n'a été apportée à la directive des conseillères et conseillers en gestion des ressources humaines en raison du fait qu'aucune entente n'a été conclue avec l'association qui les représente. Ainsi, les discussions concernant leurs conditions de travail se poursuivent.

Pour toute information concernant ce communiqué, vous pouvez consulter votre conseiller de la Direction des relations professionnelles attitré à votre ministère ou organisme.

Le directeur général,



Jean-Philippe Day

- c. c. M^{me} Julie Fortin, directrice adjointe des relations professionnelles, SCT
M^{me} Caroline Pelland, directrice des relations professionnelles, SCT

Frédéric Lemieux

De: Jolyane Fortier
Envoyé: 18 janvier 2023 11:05
À: [REDACTED]
Objet: RE: Y9999 - Indexation au 1er janvier 2023
Pièces jointes: Y9999 - Renouvellement 2023 - Indexation.pdf

Bonjour [REDACTED],

Je suis heureuse de te confirmer que les prestations d'assurance salaire de longue durée pourront être indexées selon les paramètres suivants :

- 1^{er} janvier 2021 : 2%
- 1^{er} janvier 2022 : 2%
- 1^{er} janvier 2023 : 5% (l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4) de la Fonction publique au 1^{er} avril 2022 étant de 5,478%, c'est le maximum de 5% qui doit être appliqué)

Comme tu te rappelles probablement, lorsque nous avons approuvé la lettre en pièce jointe, nous avons aussi convenu que vous rédigeriez une nouvelle lettre lorsque les taux seraient connus.

Je demeure disponible s'il y a quoi que ce soit.

Bonne journée,

Jolyane Fortier

Analyste en actuariat

Direction des analyses actuarielles, des assurances et des régimes collectifs

Sous-secrétariat aux ressources humaines gouvernementales

Secrétariat du Conseil du trésor

875, Grande Allée Est, 2e étage, secteur 500

Québec (Québec) G1R 5R8

Téléphone : 418 643-0875, poste 4786

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



A :
Cc :
Cci :
Objet : Pourcentage d'augmentation chez cadres classe 4 de la fonction publique
De : Francine Thibeault/sct - Mardi 2017-04-04 14:59

De : Francine Thibeault/sct
A : [redacted]@ssq.ca>
Date : 2017-04-04 14:58
Objet : Pourcentage d'augmentation chez cadres classe 4 de la fonction publique



Bonjour [redacted],

Pour faire suite à votre demande concernant le pourcentage d'augmentation chez les cadres classe 4 de la Fonction publique, je vous joins le communiqué de monsieur Jean-Philippe Day, Directeur général de la Direction générale des relations de travail, secteur fonction publique qui confirme les pourcentages d'augmentations.

Voici les augmentations prévues:

Au 1er avril 2016, 1,5 %;
Au 1er avril 2017, 1,75 % et;
Au 1er avril 2018, 2,00 %.



DRP-Modification_directives_personnel_encadrement_mediateurs-conciliateurs_2017-03-22.pdf

Si vous désirez des informations additionnelles, n'hésitez-pas à nous contacter,

Francine Thibeault

Coordonnatrice en assurance collective
Conseillère en gestion des ressources humaines
Direction des analyses actuarielles
Direction principale des études actuarielles et quantitatives et de l'information de gestion
Sous-secrétariat aux relations de travail
Secrétariat du Conseil du trésor

875, Grande Allée Est, Édifice H, Secteur 400
Québec (Québec) G1R 5R8
Téléphone : 418 643-0875 Poste : 4830
Télécopieur : 418 643-4588



Québec, le 30 janvier 2023

Jolyane Fortier
Direction des analyses actuarielles, des assurances et des régimes collectifs
Sous-secretariat aux ressources humaines gouvernementales
Secrétariat du Conseil du trésor
875 Grande Allée Est, 2^e étage, secteur 500
Québec (Québec) G1R 5R8

Objet : Indexation au 1^{er} janvier 2021, au 1^{er} janvier 2022, et au 1^{er} janvier 2023

**Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement
des secteurs public et parapublic du Québec**

Contrat numéro Y9999

Madame,

Pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, le taux d'indexation des prestations au 1^{er} janvier est déterminé en prenant le minimum entre l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4, de la fonction publique) de l'année qui précède et le taux fixe de 5,0 %.

Aucune indexation des prestations n'a été appliquée au cours des trois dernières années, soit au 1^{er} janvier 2021, au 1^{er} janvier 2022, et au 1^{er} janvier 2023, car l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4, de la fonction publique) était inconnue aux dates spécifiées.

Ces valeurs étant maintenant connues, nous pouvons procéder aux corrections rétroactives des prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée en appliquant les taux d'indexation suivants :

Augmentation de l'échelle de traitement (classe 4)		Indexation des prestations d'assurance salaire	
1 ^{er} avril 2020	2,00 %	1 ^{er} janvier 2021	2,00 %
1 ^{er} avril 2021	2,00 %	1 ^{er} janvier 2022	2,00 %
1 ^{er} avril 2022	5,478 %	1 ^{er} janvier 2023	5,00 %

Nous espérons le tout à votre entière satisfaction et si des précisions ou des commentaires étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec le soussigné.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos meilleurs sentiments.



André Daigneault
Chargé de comptes
Ventes – secteur public

AD/nl

c. c. Monsieur Benoit Dufresne | SCT
 Monsieur Éric Lagueux | RACAR
 Madame Geneviève Pelletier | CERA



Québec, le 2 décembre 2022

Jolyane Fortier
Direction des analyses actuarielles, des assurances et des régimes collectifs
Sous-secrétariat aux ressources humaines gouvernementales
Secrétariat du Conseil du trésor
875 Grande Allée Est, 2^e étage, secteur 500
Québec (Québec) G1R 5R8

Objet :Indexation au 1^{er} janvier 2023

**Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement
des secteurs public et parapublic du Québec
Contrat numéro Y9999**

Madame,

Le taux d'indexation qui s'appliquera au montant de la rente du régime de rentes du Québec (RRQ) à compter du 1^{er} janvier 2023 sera de 6,5 %.

1. Régime facultatif d'assurance vie additionnelle

Pour ce régime, les montants maximums disponibles sans preuve d'assurabilité seront indexés de 4,0 % au 1^{er} janvier 2023, soit le minimum entre le taux RRQ et le taux fixe de 4,0 %.

Âge du cadre à l'adhésion	Montants disponibles sans preuve	
	1 ^{er} janvier 2022	1 ^{er} janvier 2023
40 à 49 ans	172 300 \$	179 200 \$
50 ans et plus	71 800 \$	74 700 \$

Les montants ont été arrondis à la centaine supérieure.

2. Régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée

Pour ce régime, le taux d'indexation des prestations au 1^{er} janvier est déterminé en prenant le minimum entre l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4, de la fonction publique) de l'année qui précède et le taux fixe de 5,0 %.

L'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4, de la fonction publique) étant présentement inconnu, le taux d'indexation des prestations au 1^{er} janvier 2023 sera

de 0,00 %. Une correction rétroactive au 1^{er} janvier 2023 sera effectuée ultérieurement, s'il y a lieu.

Nous espérons le tout à votre entière satisfaction et si des précisions ou des commentaires étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec le soussigné.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos meilleurs sentiments.



Chargé de comptes
Ventes – secteur public

AD/nl

p. j.

c. c. Monsieur Benoit Dufresne | SCT
Monsieur Éric Lagueux | RACAR
Madame Geneviève Pelletier | CERA

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.
SIÈGE SOCIAL : QUÉBEC (QUÉBEC)
(ci-après appelée l'Assureur)

ASSURE PAR LA PRÉSENTE POLICE

**LES MEMBRES DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES
SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC QUI Y SONT ADMISSIBLES**

Preneur de la police : Le gouvernement du Québec

Police d'assurance collective numéro : Y9999

Date d'entrée en vigueur de la présente police : 2 janvier 2015

La présente police constitue une mise à jour au 2 janvier 2015 du contrat prenant effet le 1^{er} janvier 1996, des avenants 1 à 8 greffés à ce dernier, de la police prenant effet le 2 janvier 2001, des avenants 1 à 8 greffés à cette dernière, de la police prenant effet le 2 janvier 2007, des avenants 1 à 8 greffés à cette dernière et des ententes convenues par la suite avec le Comité.

À compter du 2 janvier 2015, cette police exprime à toutes fins que de droit le texte original du contrat ainsi que le texte de toutes les modifications intervenues depuis la date initiale d'entrée en vigueur du contrat.

Date initiale d'entrée en vigueur du présent contrat : 1^{er} janvier 1996

Conditions : La présente police est émise en considération du paiement des primes calculées conformément aux stipulations qui y sont prévues. Toutes les conditions, stipulations et dispositions énoncées aux pages suivantes font partie intégrante du contrat.

Note : Dans la présente police, le genre masculin désigne tant les femmes que les hommes et est utilisé sans aucune discrimination, dans le seul but d'alléger le texte de la police.

Signé à, le 2018

Pour le Preneur de la police

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

.
Ministre responsable de l'Administration gouvernementale
et de la Révision permanente des programmes
Président du Conseil du trésor

Signé à Québec, le 14 mai 2018

Pour l'Assureur

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.



.
Jean-François Chalifoux
Président-directeur général



.
Éric Trudel
Premier vice-président
Stratégies et gestion de l'offre

TABLE DES MATIÈRES

SECTION A : CLAUSES GÉNÉRALES

Clause 1 -	Définitions	1
Clause 2 -	Contrat	9
Clause 3 -	Renouvellement de contrat	9
Clause 4 -	Terminaison du contrat	10
Clause 5 -	Obligations de l'Assureur	10
Clause 6 -	Obligations du Preneur	11
Clause 7 -	Modification au contrat	11
Clause 8 -	Transfert d'un groupe d'employés au présent contrat	12
Clause 9 -	Délai pour prendre action	12
Clause 10 -	Monnaie	12
Clause 11 -	Incessibilité.....	12
Clause 12 -	Limitation des engagements contractuels	12
Clause 13 -	Participation des employés	13
Clause 14 -	Participation des personnes à charge	14
Clause 15 -	Modification à la suite d'un changement de traitement.....	14
Clause 16 -	Interruption de travail	15
Clause 17 -	Non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel	24
Clause 18 -	Prolongation de l'assurance des personnes à charge lors du décès du participant.....	25
Clause 19 -	Erreurs ou omissions	25
Clause 20 -	Dispositions transitoires	26

Clause 21 -	Païement des primes	26
Clause 22 -	Délai de grâce	27

SECTION B : CLAUSES PARTICULIÈRES À CHAQUE RÉGIME

Clause 23 -	Régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.....	31
23.1	Admissibilité et prise d'effet de l'assurance	31
23.2	Exemption	34
23.3	Prestations	35
23.4	Demande de prestations et preuves	65
23.5	Coordination des prestations.....	66
23.6	Terminaison de l'assurance du participant et des personnes à charge	66
23.7	Droit de transformation.....	67
23.8	Prolongation	68
23.9	Niveau des primes	68
23.10	Exonération	68
Clause 24 -	Régime obligatoire de base d'assurance vie.....	69
24.1	Admissibilité et prise d'effet de l'assurance	69
24.2	Prestations	71
24.3	Bénéficiaire	72
24.4	Demande de prestations et preuves de décès et d'invalidité totale.....	73
24.5	Terminaison de l'assurance du participant et des personnes à charge	73
24.6	Droit de transformation.....	74
24.7	Niveau des primes	76
24.8	Exonération	77

24.9	Droit au paiement anticipé.....	77
Clause 25 -	Régime facultatif d'assurance vie additionnelle.....	78
25.1	Admissibilité et prise d'effet de l'assurance	78
25.2	Prestations	80
25.3	Modification	81
25.4	Bénéficiaire	81
25.5	Demande de prestations et preuves de décès et d'invalidité totale.....	81
25.6	Terminaison de l'assurance	82
25.7	Droit de transformation.....	83
25.8	Niveau des primes	85
25.9	Exonération	87
25.10	Droit au paiement anticipé.....	87
Clause 26 -	Régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée	88
26.1	Admissibilité et prise d'effet de l'assurance	88
26.2	Description du régime	89
26.3	Exclusions	92
26.4	Demande de prestations et preuves	93
26.5	Terminaison de l'assurance du participant.....	93
26.6	Prolongation	93
26.7	Niveau des primes	94
26.8	Exonération	94

Clause 27 -	Régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée	94
27.1	Admissibilité et prise d'effet de l'assurance	94
27.2	Définition d'« invalidité »	95
27.3	Description du régime	95
27.4	Exclusions	99
27.5	Demande de prestations et preuves	99
27.6	Terminaison de l'assurance du participant	99
27.7	Prolongation	100
27.8	Niveau des primes	100
27.9	Exonération	100
27.10	Survenance d'une nouvelle invalidité	101

SECTION C : PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Clause 28 -	Programme de réadaptation	105
28.1	Objectifs	105
28.2	Critères d'admissibilité	105
28.3	Modalités d'application	106
28.4	Refus de participation au programme de réadaptation	109
28.5	Rôles et responsabilités des intervenants	109

ANNEXE - CONDITIONS FINANCIÈRES APPLICABLES À CHAQUE RÉGIME

ARTICLE 1 -	RISTOURNE - REGROUPEMENT 1	1
ARTICLE 2 -	RISTOURNE - REGROUPEMENT 2	16

ANNEXE - CONVENTION D'ARBITRAGE MÉDICAL

SECTION A : CLAUSES GÉNÉRALES

Les clauses 1 à 22 inclusivement s'appliquent à chacun des régimes, soit le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, le régime obligatoire de base d'assurance vie, le régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée décrits aux clauses 23 à 27 inclusivement.

CLAUSE 1 - DÉFINITIONS

Dans la présente police, on entend par :

- « **Accident** » : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.
- « **Âge** » : l'âge au dernier anniversaire de la personne en cause.
- « **Âge normal de la retraite** » : 65 ans.
- « **Année de service** » : une période de 12 mois de service à plein temps ou une période de service à temps partiel équivalente en jours travaillés à celle du plein temps, à l'emploi de tout employeur des secteurs public et parapublic, incluant les périodes d'assurance salaire antérieures à l'âge normal de la retraite dans le cas d'une période d'invalidité ayant débuté en cours d'assurance, et excluant toute période de congé sans traitement non créditée aux fins de son régime de retraite.
- « **Assuré** » ou « **personne assurée** » : personne protégée par le présent contrat, que ce soit à titre d'adhérent (participant) ou à titre de personne à charge d'un adhérent.
- « **Assureur** » : SSQ, Société d'assurance-vie inc., ayant son siège social à Québec (Québec), Canada.
- « **Bénéficiaire** » : personne à qui doit être versée la somme assurée payable au décès.
- « **Comité paritaire intersectoriel ou CPI** » : le comité paritaire institué par le Conseil du trésor et chargé d'administrer les garanties assurées par les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic.
- « **Complication grave d'une grossesse** » : une complication de la grossesse telle qu'elle met en danger la vie de la mère ou celle de l'enfant.
- « **Conjoint** » : celle ou celui qui l'est devenu par suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contractés et reconnus comme valables par les lois du Québec ou par le fait pour une personne de résider en permanence, depuis plus d'un (1) an ou immédiatement si un enfant est issu de leur union, avec une personne qu'elle présente publiquement comme son conjoint. La dissolution du mariage par divorce ou la nullité du mariage ou la dissolution ou la nullité de l'union civile fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union non légalement contractée.

Lorsque l'employé est légalement lié par un mariage ou une union civile à une personne, il peut désigner à l'Assureur une autre personne comme conjoint en lieu et place du conjoint légal, à la condition que cette personne réponde à la définition de conjoint de fait prévue à la présente. La désignation de cette personne prend effet à la date de notification à l'Assureur.

- « **Contrat antérieur** » : tout contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat et couvrant certains employés de l'employeur. Est également considéré comme contrat antérieur, tout contrat d'assurance collective qui protégeait un employé le jour précédant son adhésion au présent contrat.
- « **Convention d'arbitrage médical** » : la convention d'arbitrage médical intervenue entre le Preneur et l'Assureur et dont copie est annexée à la présente police.
- « **Date de la retraite** » : date à laquelle le participant répond à la définition de retraité.
- « **Date d'entrée en fonction** » : pour les employés de la Fonction publique, la date de signature de l'arrêté en conseil rendant la promotion officielle dans le cas où, à l'intérieur de la Fonction publique, une personne est promue d'un poste autre que cadre à un poste cadre et la date de nomination dans tous les autres cas; pour les employés des autres secteurs, la date de nomination dans tous les cas.
- « **Emploi de réadaptation** » : un emploi de réadaptation est un emploi que l'adhérent est considéré raisonnablement apte à occuper compte tenu de son éducation, de son entraînement et de son expérience. Cet emploi peut être son propre emploi sinon un emploi de hors-cadre ou de cadre, un emploi équivalant à l'emploi occupé avant sa nomination ou sa promotion à titre de hors-cadre ou de cadre, un emploi de professionnel ou de technicien offert par son employeur d'origine ou par un autre employeur du même réseau. De plus, il doit comporter le même nombre d'heures de travail que l'emploi occupé au début de l'invalidité.

Cet emploi doit se situer à l'intérieur du plan de réadaptation approuvé par l'Assureur et être conforme aux conditions de travail de chacun des secteurs applicables à cet égard.

- « **Employé** » : par employé, on entend :
 - une personne qui est un employé cadre, un employé hors-cadre ou un employé désigné d'un employeur des secteurs public et parapublic et qui occupe un emploi régulier;
 - une personne embauchée dans un emploi occasionnel ou une personne embauchée temporairement pour occuper un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné pour une période prévue d'au moins un (1) an et à la condition que sa semaine régulière de travail soit supérieure à 25 % de la

semaine régulière de travail de l'employé cadre ou hors-cadre ou de l'employé désigné à temps complet. La personne est alors admissible aux régimes d'assurance collective uniquement pour la période prévue d'emploi;

- l'employé cadre saisonnier ou l'employé désigné saisonnier n'est pas considéré un employé aux fins du présent contrat et, par conséquent, n'est pas admissible aux régimes d'assurance collective;
- l'employé dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet n'est pas considéré un employé aux fins du présent contrat et, par conséquent, n'est pas admissible aux régimes d'assurance collective. Toutefois, si cet employé est embauché temporairement pour occuper un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné chez le même employeur pour une période prévue d'au moins un (1) an et à la condition que sa semaine régulière de travail soit supérieure à 25 % de la semaine régulière de travail de l'employé à temps complet, il est alors admissible aux régimes d'assurance collective pour l'ensemble de sa prestation de travail, mais uniquement pour la période prévue d'emploi temporaire;
- une personne embauchée temporairement pour occuper un poste de hors-cadre dans le secteur de la Santé et des Services sociaux n'est pas admissible aux régimes d'assurance collective;
- l'employé qui participe au Régime d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic ou qui reçoit une rente de retraite administrée par la CARRA (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)), n'est pas admissible au Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic.

Les cadres et autres personnels assimilés retraités qui, à la suite d'un retour au travail, occupaient un poste d'encadrement au moment des premières modifications réglementaires en 2009 et qui occupaient toujours le même poste ou un autre poste d'encadrement chez le même employeur sans qu'il y ait eu interruption de service au moment de l'adoption des secondes modifications réglementaires en 2011, pouvaient choisir d'adhérer de nouveau au Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic, s'ils en faisaient la demande avant la fin de la période d'adhésion.

Secteur	Entrée en vigueur des premières modifications réglementaires	Entrée en vigueur des secondes modifications réglementaires	Fin de la période d'adhésion
Fonction publique et organismes publics et parapublics	1er mai 2009	7 janvier 2011	20 février 2011 inclus
Éducation	15 juillet 2009	29 juin 2011	12 août 2011 inclus
Santé et Services sociaux	29 juillet 2009	20 avril 2011	3 juin 2011 inclus

Les cadres et autres personnels assimilés retraités qui, à la suite d'un retour au travail, participaient déjà au Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic à la date d'entrée en vigueur des premières modifications réglementaires, et qui sont ensuite devenus totalement invalides demeurent assujettis à tous les régimes d'assurance collective des employés actifs du personnel d'encadrement et ne redeviennent assujettis aux régimes d'assurance collective des retraités que le jour suivant la fin de l'invalidité ou à la première des dates mentionnées à l'article 26.5 – TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT.

Par employé désigné, on entend :

- les conseillers en gestion des ressources humaines du secteur de la fonction publique;
- les médiateurs et les conciliateurs;
- les directeurs de cabinets de ministre et des cabinets de l'Assemblée nationale;
- les administrateurs d'État au sens de la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1);
- les présidents ou dirigeants d'organismes;
- les procureurs en chef aux poursuites criminelles et pénales;
- les cadres du Conseil des services essentiels;
- le personnel de maîtrise et de direction à l'exception des fonctionnaires régis par le Règlement de classification numéro 020 concernant les agents de

maîtrise en surveillance en établissement de détention autres que les directeurs en établissement de détention;

- tout employé faisant l'objet d'une réorientation de carrière, d'une réorientation professionnelle, d'un reclassement ou de l'attribution d'un nouveau classement en application de l'article 101 de la Loi sur la fonction publique ou de tout autre mouvement de personnel similaire prévu dans les conditions de travail des autres secteurs et qui maintient sa participation aux régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic en vertu des dispositions prévues aux conditions de travail approuvées par décision du Conseil du trésor;
- toute personne dont les conditions de travail sont déterminées par le gouvernement ou par décision du Conseil du trésor dans la mesure où ces conditions de travail prévoient que les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic s'appliquent;
- toute autre personne nommée par l'Assemblée nationale et dont les conditions de travail sont déterminées par l'Assemblée nationale, par le Bureau de l'Assemblée nationale ou, dans le cas du Vérificateur général, par l'article 4 de la Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., c. V-5.01), dans la mesure où les conditions de travail prévoient que les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic s'appliquent;
- le personnel d'encadrement des corporations d'approvisionnement créées en vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, 1991) dont la participation aux régimes d'assurance du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic est autorisée par le Secrétariat du Conseil du trésor;
- toute autre personne dont les conditions de travail prévoient qu'elle est visée par les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic si sa participation à ces régimes est autorisée par le Secrétariat du Conseil du trésor et dans la seule mesure visée par cette autorisation;
- les vice-présidents nommés par une résolution de leur Conseil d'administration;

Aux fins des régimes d'assurance collective, l'employé cadre, l'employé hors-cadre ou l'employé désigné :

- dont la semaine de travail est égale ou supérieure à 70 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet est considéré comme un employé à temps complet;
 - dont la semaine de travail est supérieure à 25 % mais inférieure à 70 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet est considéré comme un employé à temps partiel.
- « **Employeur** » : tout employeur dont le nom est inscrit sur la liste permanente que maintient le Secrétariat du Conseil du trésor.
- « **Enfant à charge** » : un enfant de l'adhérent, de son conjoint ou des deux (2), ainsi qu'un enfant dont l'adhérent a la garde de droit ou dont il avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'il avait alors adopté de fait, sans conjoint, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :
- 1- est âgé de moins de 18 ans;
 - 2- est âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de l'Assureur;
 - 3- quel que soit son âge, est devenu totalement invalide alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Aux fins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et du régime obligatoire de base d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'« enfant à charge » pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée.

Le congé sabbatique ne sera accepté qu'une (1) seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier). Finalement, les frais admissibles ne peuvent excéder 1 000 000 \$ à l'égard d'un tel congé.

- « **Grossesse** » : la grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement ou fausse-couche ainsi que les complications qui peuvent en résulter, sauf les complications graves.
- « **Hôpital** » : un centre hospitalier au sens de la loi et des règlements sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2); à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes ou aux mêmes fonctions.
- « **Invalidité totale** » : un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend le participant totalement incapable d'accomplir tout emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement apte par suite de son éducation, de son entraînement et de son expérience et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.
- « **Maladie** » : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, à l'exclusion de la grossesse.
- « **Médecin** » : tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.
- « **Non-fumeur** » : une personne qui remplit les conditions établies à cet effet par l'Assureur et qui sont en vigueur au moment où elle signe la déclaration de non-fumeur. Il est entendu que l'Assureur peut demander périodiquement une confirmation du statut de non-fumeur; l'assuré doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi, il perd son statut de non-fumeur.
- « **Participant** » ou « **adhérent** » : un employé qui est admis à l'assurance et qui paie les cotisations requises.
- « **Période d'invalidité totale** » : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de moins de trois (3) mois de travail effectif à temps complet ou, le cas échéant, à temps partiel, conformément au poste régulier de l'employé.

Si l'invalidité totale, pendant une période, résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente, cette période est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.
- « **Personnes à charge** » : le conjoint et les enfants à charge du participant. La personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est également considérée comme une personne à charge pour les fins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

- **« Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle »** : une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments ([A-29.01, r.2] D.1519-96) survenue alors qu'elle répondait à la définition d'« enfant à charge » prévue au présent contrat, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, domiciliée chez le participant et sur laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle ne peut être protégée qu'en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

- **« Perte d'un membre »** : la perte complète et définitive de l'usage d'un membre.
- **« Perte d'un œil »** : la perte complète et définitive de la vue d'un œil.
- **« Traitement »** : traitement assurable aux fins des régimes d'assurance du personnel d'encadrement, tel que déterminé par la politique de rémunération propre à chaque secteur.

Dans le cas d'un participant totalement invalide, pendant la période où il reçoit des prestations d'assurance salaire du régime de base de l'employeur (pendant les 104 premières semaines d'invalidité totale), le traitement assurable est celui qui sert de base au calcul desdites prestations. Par la suite, soit à compter de la 105e semaine d'invalidité totale, le traitement assurable est celui déterminé à la fin de la 104e semaine d'invalidité totale, ajusté le 1er janvier de chaque année civile qui suit par plus de six (6) mois la 104e semaine d'invalidité totale selon le pourcentage applicable prévu ci-après.

Ce traitement assurable est indexé selon les modalités prévues au paragraphe C) Indexation des prestations de la section 26.2 DESCRIPTION DU RÉGIME de la CLAUSE 26 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.

Le traitement assurable peut être révisé lorsque l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres est effectuée de façon rétroactive.

- **« Traitement utilisé pour le versement des cotisations au régime de retraite »** : Traitement admissible au sens du régime de retraite, établi à la fin de la 104e semaine d'invalidité. Ce traitement correspond au traitement de base excluant toutes primes ou rémunération additionnelle, sauf celles prévues dans le règlement d'application du régime de retraite.

Ce traitement est indexé selon les modalités prévues au paragraphe C) Indexation des prestations de la section 26.2 Description du régime de la CLAUSE 26 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.

CLAUSE 2 - CONTRAT

- A) La police exprime toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'Assureur.
- B) La présente police, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur et les ententes intervenues par la suite, les annexes jointes, les demandes d'adhésion, les preuves d'assurabilité des assurés ainsi que les avenants annexés à la présente police constituent le contrat tout entier entre les parties. En cas de contradiction, les termes et dispositions de la présente police prévalent sur ceux des autres documents.
- C) Les parties au contrat sont, d'une part, le Preneur et, d'autre part, l'Assureur.
- D) Le Preneur est le mandataire des assurés, sauf quant aux droits et obligations qui leur sont propres.
- E) Seuls les signataires autorisés de l'Assureur ont le pouvoir d'émettre des polices au nom de ce dernier et d'y apporter des modifications ou de lier l'Assureur de quelque façon que ce soit.
- F) Toute modification que le Preneur et l'Assureur conviennent d'apporter au contrat doit être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Preneur.
- G) Tout avis donné par l'Assureur au Preneur ou à son représentant autorisé engage chaque assuré du groupe de la même façon que s'il avait été adressé personnellement à chacun d'eux.

CLAUSE 3 - RENOUELEMENT DE CONTRAT

La première période contractuelle de la présente police s'étend du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015. Par la suite, les périodes contractuelles sont d'une durée de 12 mois chacune ou toute autre durée convenue par écrit entre le Preneur et l'Assureur sous réserve de la clause intitulée « Paiement des primes » et de la clause intitulée « Terminaison du contrat ».

Lors d'un renouvellement de contrat, toute modification que l'Assureur désire apporter doit être précédée d'un avis écrit qui doit parvenir au Preneur ou à son représentant autorisé au plus tard 120 jours avant le début de la période contractuelle au cours de laquelle la modification doit s'appliquer.

CLAUSE 4 - TERMINAISON DU CONTRAT

- A) Le contrat se termine à 24 heures le dernier jour de grâce si la prime payable en vertu du présent contrat n'est pas payée à cette date.
- B) Le Preneur peut mettre fin au présent contrat sur préavis écrit de 30 jours transmis à l'Assureur.
- C) L'Assureur peut mettre fin au présent contrat à l'échéance de la première période contractuelle ou à tout anniversaire de contrat par la suite. Toutefois, une telle terminaison doit être précédée d'un avis écrit d'au moins 180 jours, transmis par l'Assureur au Preneur ou à son représentant autorisé.
- D) Le Preneur doit verser à l'Assureur une prime proportionnelle pour la période écoulée depuis la date d'échéance de la dernière prime payable en vertu du présent contrat.

CLAUSE 5 - OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

L'Assureur s'engage à :

- A) payer les demandes de prestations reçues pendant la durée du contrat conformément aux modalités prévues par le présent contrat;
- B) faire les vérifications nécessaires pour les cas litigieux;
- C) remettre à chaque participant, par l'entremise de l'employeur, un certificat attestant de la protection accordée. Ce certificat ne fait pas partie du présent contrat et n'a aucune valeur contractuelle;
- D) préparer à l'intention des participants un livret descriptif résumant les régimes d'assurance;
- E) préparer et imprimer, sous réserve de l'approbation du Comité paritaire intersectoriel, des dépliants et des formulaires d'adhésion et de demandes de prestations nécessaires à la bonne marche des régimes;
- F) fournir, deux (2) fois par année, au Comité paritaire intersectoriel et à l'organisme chargé de la coordination du régime, les renseignements et statistiques nécessaires à la vérification des rapports financiers; fournir périodiquement les autres rapports statistiques convenus entre les parties;
- G) conserver, pour fins de référence, un fichier historique de l'en-vigueur des régimes pour une période maximale de cinq (5) ans comprenant l'identification des participants et le montant des primes payées par régime;

- H) lors d'une absence temporaire sans traitement d'un participant telle que prévue à la **CLAUSE 16 – INTERRUPTION DE TRAVAIL**, percevoir, s'il y a lieu, la prime de rentes de survivants et la remettre à la CARRA pour la période antérieure au 15 octobre 1996 et à compter du 15 octobre 1996, au Conseil du trésor, conformément aux ententes intervenues à cet effet;
- I) transmettre au Comité paritaire intersectoriel et à l'organisme chargé de la coordination du régime, moyennant des frais raisonnables qui s'ajoutent à ceux prévus par la formule de rétention, tout état ou compilation statistique additionnel qui peut lui être demandé.

CLAUSE 6 - OBLIGATIONS DU PRENEUR

Le Preneur s'engage à :

- A) verser les primes selon les modalités prévues à la clause intitulée « Paiement des primes »;
- B) fournir à l'Assureur, lors de l'entrée en vigueur du présent contrat, une liste indiquant pour chaque participant tous les renseignements nécessaires à la gestion du présent contrat et, par la suite, aviser l'Assureur de toute modification telle que l'addition ou la soustraction d'adhérents, les changements de catégorie ou de classe d'assurance, l'exonération des primes et tout autre renseignement nécessaire à la gestion du présent contrat;

tous ces renseignements qui sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur ne servent qu'à établir soit l'assurabilité de l'assuré lorsque exigés, soit le remboursement des frais admissibles, soit le droit aux prestations payables en cas de décès ou d'invalidité ou le droit à un bénéfice d'exonération des primes ou qu'à rencontrer ou valider toute autre exigence requise dans le cadre de l'administration du contrat;

- C) permettre à toute personne admissible ou assurée de prendre connaissance du présent contrat pendant les heures régulières de travail chez le Preneur.

CLAUSE 7 - MODIFICATION AU CONTRAT

Les dispositions du présent contrat peuvent être modifiées en tout temps mais seulement après entente entre le Preneur et l'Assureur. Cependant, les prestations acquises aux adhérents pour des sinistres survenus avant la date de la modification ne doivent pas en être affectées.

CLAUSE 8 - TRANSFERT D'UN GROUPE D'EMPLOYÉS AU PRÉSENT CONTRAT

Nonobstant toute disposition du présent contrat à ce contraire, si un employé, à la date d'entrée en vigueur de la protection d'un groupe d'employés auquel il appartient, était couvert immédiatement avant cette date par un autre contrat d'assurance collective couvrant ce groupe d'employés, il peut adhérer sans déclaration de santé aux régimes prévus au présent contrat.

CLAUSE 9 - DÉLAI POUR PRENDRE ACTION

Aucune mise en demeure ni aucune action ne peuvent être entreprises contre l'Assureur, pour recouvrer des prestations en vertu du présent contrat, avant qu'un délai de 30 jours à compter du dépôt des preuves requises par l'Assureur ne soit écoulé ni plus de trois (3) ans à compter du moment où le droit d'action prend naissance.

CLAUSE 10 - MONNAIE

Tout paiement prévu au présent contrat est effectué en monnaie du Canada.

CLAUSE 11 - INCESSIBILITÉ

L'assurance en vertu du présent contrat ne peut être cédée ni transportée.

CLAUSE 12 - LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs aurait pour effet de modifier la valeur des engagements résultant du présent contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties.

Si cette modification rend impérative une augmentation de la valeur des engagements résultant du présent contrat et pourvu que ce dernier soit toujours en vigueur, une prime additionnelle est payable à l'Assureur et l'augmentation de la valeur des engagements est prise en compte dans la détermination des montants de prestations et de réserves entrant dans les calculs de ristourne. La prime additionnelle est égale à l'augmentation de la valeur de ces engagements, telle que convenue entre les parties. Elle est payable le 1^{er} janvier qui suit ladite modification, et ce, en un (1) seul versement ou selon toute autre modalité de paiement convenue entre les parties.

Si cette modification rend impérative une augmentation de la valeur des engagements résultant du présent contrat mais que le contrat est terminé, aucune prime additionnelle n'est payable à l'Assureur mais l'augmentation de la valeur des engagements est prise en compte dans la détermination des montants de prestations et de réserves entrant dans les calculs de ristourne, telle que convenue entre les parties.

Dans tous les cas, si les parties ne parviennent pas à s'entendre sur l'augmentation de la valeur des engagements avant le 1^{er} janvier qui suit ladite modification, l'augmentation de la valeur des engagements est alors fixée par arbitrage.

CLAUSE 13 - PARTICIPATION DES EMPLOYÉS

La participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admission, à moins qu'il soit déjà protégé par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires ou qu'il soit âgé de 65 ans ou plus.

Tout employé âgé de 65 ans ou plus admissible à l'assurance peut exercer l'une des options suivantes :

- i) s'assurer entièrement dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie en assumant la prime additionnelle requise;
- ii) s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la garantie « médicaments » et conserver le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour les autres garanties d'assurance maladie. Le choix de s'assurer pour les médicaments auprès de la RAMQ est irrévocable.

La participation aux **régimes obligatoires de base d'assurance vie, de base d'assurance salaire de longue durée et au régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée** est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admission.

Tout employé de la Fonction publique en service au 1^{er} janvier 1974 pouvait refuser de participer, à condition de signifier sa décision par un avis écrit transmis au Preneur avant le 1^{er} avril 1974. Si cet avis était transmis après cette date ou si aucun avis n'était transmis, l'employé était présumé avoir accepté de participer à l'assurance. En outre, tout employé en congé sans traitement au 1^{er} janvier 1974 pouvait refuser de participer, à condition de signifier sa décision par un avis écrit transmis au Preneur avant le 1^{er} mai 1974. Sa participation était cependant obligatoire à la date de son retour au travail. L'employé qui a ainsi refusé de participer à l'assurance ne peut pas y participer par la suite, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, et ce, à compter du 1^{er} janvier 1997, sous réserve des dispositions d'admissibilité prévues à l'article **23.1 – ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE** de la **CLAUSE 23**.

Par ailleurs, pour l'employé non titulaire d'un poste de plus de 25 % du temps complet, engagé sur base temporaire (occasionnel) et pour une période prévue d'au moins un (1) an, la participation à l'ensemble des régimes d'assurance prévus au présent contrat est maintenue uniquement pour la période prévue d'emploi.

CLAUSE 14 - PARTICIPATION DES PERSONNES À CHARGE

La participation des personnes à charge du participant est obligatoire pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, à moins que ces personnes soient déjà protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires, ou, dans le cas du conjoint âgé de 65 ans ou plus, qu'il soit assuré auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la garantie « médicaments ».

La demande d'adhésion de l'employé doit indiquer le statut de protection désiré par celui-ci :

- la protection individuelle (l'employé seulement);
- la protection monoparentale (l'employé, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu);
- la protection familiale (l'employé, son conjoint, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu).

La participation des personnes à charge du participant est obligatoire pour le **Régime obligatoire de base d'assurance vie**. Par conséquent, l'assurance d'un participant entraîne celle de ses personnes à charge âgées de plus de 24 heures, s'il y a lieu.

La participation du conjoint du participant est facultative pour le **Régime facultatif d'assurance vie additionnelle**.

CLAUSE 15 - MODIFICATION À LA SUITE D'UN CHANGEMENT DE TRAITEMENT

Toute augmentation ou diminution des prestations et des primes, par suite du changement de traitement du participant, s'applique au participant, et ce, rétroactivement s'il y a lieu, à la date effective dudit changement, pourvu qu'à cette date le participant ne soit pas totalement invalide depuis plus de 104 semaines, sinon, à la date de la fin de sa période d'invalidité totale.

CLAUSE 16 - INTERRUPTION DE TRAVAIL

A) Absence temporaire avec traitement

Tout employé qui continue de recevoir son traitement durant une période d'interruption de travail continue de participer à l'assurance comme s'il était au travail.

B) Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement – 30 jours et moins

Dans le cas d'un congé sans traitement ou d'une absence sans traitement dont la durée est de **30 jours et moins**, l'employé doit maintenir obligatoirement sa participation aux régimes obligatoires et facultatifs auxquels il participait au début du congé ou de l'absence sans traitement. **L'employeur et l'employé versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'employé recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.**

C) Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement à temps plein – Plus de 30 jours

Dans le cas d'une absence sans traitement ou d'un congé sans traitement à temps plein (incluant la suspension) d'une durée **de plus de 30 jours**, le participant doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. La prime totale des garanties obligatoires et facultatives ainsi que la prime requise pour couvrir le coût de la rente de survivants autoassurée par le gouvernement du Québec est alors payable par l'employé directement à l'Assureur. La prime et la protection sont alors basées sur le traitement de l'employé immédiatement avant le début de son absence sans traitement ou son congé sans traitement à temps plein. Le participant n'ayant aucun conjoint ni enfant à charge peut être exempté de participer au régime de rente de survivants s'il fournit les preuves à l'effet qu'aucun bénéfice n'est payable en vertu de ce régime. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié avant le début de l'absence ou du congé. L'Assureur peut refuser toute demande qu'il reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours de l'absence ou du congé.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le participant est assuré au cours d'une période d'absence sans traitement ou de congé sans traitement à temps plein, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence ou du congé de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence ou du congé, la prime totale étant à la charge de l'employé. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout participant qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

D) Congé partiel ou toute autre absence partielle sans traitement de plus de 30 jours, y compris, pour le secteur de la fonction publique, la mesure de réduction du temps de travail de plus de 30 jours

Dans le cas d'un **congé partiel ou d'une absence partielle sans traitement** de plus de 30 jours ou d'une mesure de réduction du temps de travail de plus de 30 jours prévus à ses conditions de travail, la participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue comme si l'employé travaillait à temps plein. L'employeur et l'employé versent les primes prévues à ce régime et les pleines dispositions de ce régime s'appliquent.

Relativement aux régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel), d'assurance salaire de longue durée (obligatoire de base et complémentaire obligatoire) et au régime de rente de survivants, la protection et la prime sont alors établies, selon le choix effectué par l'employé :

- i) sur la base du temps effectivement travaillé durant le congé ou durant sa participation à la mesure concernée;
- ou
- ii) sur la base du temps normalement travaillé avant le congé ou avant sa participation à la mesure concernée.

Si le participant désire maintenir la protection qu'il détenait immédiatement avant le congé ou la mesure concernée sur la base du temps normalement travaillé avant le congé ou la mesure concernée, il doit en faire la demande auprès de son employeur avant le début de son absence. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes sur cette base doit être exercé avant le début du congé ou de la mesure concernée. Le choix de suspendre la participation à ces régimes sur cette base est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation à ces régimes sur cette base pourra être annulé par l'adhérent au cours du congé ou de la mesure concernée. La prime totale, sur la portion du temps non travaillé, des garanties obligatoires et facultatives ainsi que la prime requise pour couvrir le coût de la rente de survivants autoassurée par le gouvernement du Québec est alors payable par l'employé par l'intermédiaire de l'employeur. Le participant n'ayant aucun conjoint ni enfant à charge peut être exempté de participer au régime de rente de survivants s'il fournit les preuves à l'effet qu'aucun bénéfice n'est payable en vertu de ce régime.

E) Certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail

Dans le cas de certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, la participation de l'employé au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit :

Dans le cas d'une absence sans traitement, jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, le participant doit exercer l'une des options ci-après.

1. Maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié au début de l'absence. L'Assureur peut refuser toute demande qu'il reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours de l'absence.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le participant est assuré au cours d'une période d'absence sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence de l'employé.

2. Maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout participant qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

L'employeur et l'employé versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'employé recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent. Lorsque la durée de l'absence sans traitement atteint la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'employé verse les deux primes (part de l'employé et part de l'employeur).

F) Congé de maternité (avec traitement)

L'assurance d'une employée en congé de maternité est maintenue en vigueur pour la période du congé de maternité prévue dans ses conditions de travail. La prime

totale, à l'exception de la prime du régime facultatif d'assurance vie additionnelle qui est exonérée, est à la charge de l'employeur.

G) Congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption (avec traitement)

Dans le cas d'un congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption, le ou la participant(e) maintient en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. L'employeur et l'employé(e) versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'employé(e) recevrait s'il ou si elle était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent, à moins de dispositions contraires dans les conditions de travail.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le ou la participant(e) est assuré(e) au cours d'un congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin du congé de l'employé(e).

H) Congé parental (sans traitement)

Lors d'un congé parental sans traitement, la participation de l'employé au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit :

Dans le cas d'un congé parental sans traitement :

1. d'une durée maximale de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé de maternité, de paternité ou d'adoption,
ou
2. d'au plus 52 semaines continues qui doit se terminer au plus tard 70 semaines après la naissance ou, dans le cas d'une adoption, dans les 70 semaines où l'enfant a été confié à l'employé.

S'il s'agit d'un congé sans traitement à temps complet, le participant doit exercer l'une des options suivantes :

- i) maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Les primes sont basées sur le traitement que l'employé recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions s'appliquent. Le choix de suspendre ou de

maintenir la participation à ces régimes doit être signifié avant le début de l'absence ou du congé. L'Assureur peut refuser toute demande qu'il reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période de congé. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours du congé.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le participant est assuré au cours d'un congé parental sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin du congé de l'employé;

- ii) maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée du congé.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé parental sans traitement à temps complet, l'employeur et l'employé versent leurs primes respectives.

Dans le cas prévu au point 1, après la 52^e semaine, l'employé verse 100 % des primes (part de l'employé et part de l'employeur);

S'il s'agit d'un congé partiel sans traitement, le participant doit exercer l'une des options suivantes :

- i) maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps normalement travaillé avant le congé. Les primes sont alors établies sur le traitement que l'employé recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé partiel sans traitement, l'employeur et l'employé versent leurs primes respectives.

Après la 52^e semaine d'un congé partiel sans traitement, l'employé et l'employeur versent leur part respective des primes, pour les jours travaillés par l'employé, et l'employé verse 100 % des primes (part de l'employé et part de l'employeur), pour les jours non travaillés;

- ii) maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participait avant le début du congé, sur la base du temps travaillé pendant le congé partiel sans traitement. Les primes sont alors établies sur la base du traitement reçu pendant le congé partiel sans traitement. Pendant ce congé, l'employeur et l'employé versent leur part respective de ces dernières primes.

I) **Congé à traitement différé**

Dans le cas où un employé participe au régime de congé à traitement différé, la protection et la prime de l'ensemble des régimes auxquels il participe sont maintenues à la fois durant les périodes de travail et de congé de l'employé sur la base du traitement qu'aurait reçu l'employé n'eut été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Toute invalidité débutant durant une période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'employé.

J) **Retraite progressive**

Dans le cas où un employé participe à une entente concernant le programme de retraite progressive, la protection et la prime de l'ensemble des régimes auxquels il participe sont maintenues pendant la durée de l'entente sur la base du temps travaillé avant le début de l'entente.

La participation à l'assurance et le droit aux bénéfices se terminent à la première des dates suivantes :

- la fin de l'entente concernant le programme de retraite progressive;
- 60 mois après le début de l'entente concernant le programme de retraite progressive sous réserve des extensions prévues à la Loi sur le régime de retraite de l'employeur.

Nonobstant le paragraphe précédent, relativement au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et au régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si l'entente concernant le programme de retraite progressive a une durée égale ou inférieure à 24 mois, la participation et le droit aux prestations à ces régimes cessent lors de l'entrée en vigueur de l'entente;
- si l'entente concernant le programme de retraite progressive a une durée supérieure à 24 mois mais inférieure à 60 mois, la participation et le droit aux prestations à ces régimes cessent à la 104^e semaine précédant immédiatement la fin de l'entente. L'adhérent devenu invalide alors que l'assurance était toujours en vigueur continue toutefois de faire l'objet de prestations selon les dispositions prévues au présent contrat. Cependant, dans tous les cas, la cotisation mensuelle versée par l'Assureur au nom du participant au régime de retraite de l'employeur cesse au plus tard à la date de la fin de l'entente. Les prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée ou du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée versées après la fin de

l'entente sont établies en présumant que le participant reçoit sa rente de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

K) Congé de préretraite

1- Préretraite graduelle :

dans le cas où un employé participe à une entente concernant le programme de préretraite graduelle, la participation à l'assurance est maintenue en vigueur selon la durée de l'entente du programme de préretraite graduelle. L'employeur et l'employé versent leur part respective des primes établies sur la base du traitement alors versé par l'employeur.

i) Entente d'une durée inférieure ou égale à 104 semaines :

la participation à l'ensemble des protections de l'employé se poursuit (incluant le régime de rentes de survivants) jusqu'à la fin de l'entente du programme de préretraite graduelle, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, dont la participation et le droit aux prestations cessent lors de l'entrée en vigueur de l'entente.

ii) Entente d'une durée supérieure à 104 semaines :

la participation à l'ensemble des protections de l'employé se poursuit (incluant le régime de rentes de survivants) jusqu'à la fin de l'entente du programme de préretraite graduelle.

Relativement au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et au régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, la participation et le droit aux prestations à ces régimes sont établis sur le traitement reçu pour le temps travaillé au cours de ce congé. La participation à ces derniers régimes cesse à compter de la 104^e semaine précédant immédiatement la fin de l'entente du programme de préretraite graduelle. L'adhérent devenu invalide alors que l'assurance était toujours en vigueur continue toutefois de faire l'objet de prestations selon les dispositions prévues au présent contrat. Cependant, dans tous les cas, la cotisation mensuelle versée par l'Assureur au nom du participant au régime de retraite de l'employeur cesse au plus tard à la date de la fin de l'entente. Les prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée ou du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée versées après la fin de l'entente sont établies en présumant que le participant reçoit sa rente de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

La prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée dont le versement a débuté avant le congé se poursuit jusqu'à la première des deux (2) dates suivantes :

- la date de terminaison de la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée en vertu du paragraphe F) Cessation des prestations de l'article **27.3 – DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 27** de la police;

ou

- la date de fin du congé.

2- Préretraite totale :

la participation à l'ensemble des protections de l'employé se poursuit (incluant le régime de rentes de survivants) jusqu'à la fin de l'entente du programme de préretraite totale, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, dont la participation et le droit aux prestations cessent lors de l'entrée en vigueur de l'entente.

3- Congé avec traitement dans le cadre des mesures de fin d'engagement, d'emploi ou de contrat - Congé de préretraite dans le cadre des mesures de réduction des surplus ou de mise en disponibilité :

la durée du congé avec traitement ou du congé de préretraite ne peut excéder une période de 12 mois. L'employé est réputé avoir démissionné à la fin de ce congé. Dans le cadre de ces mesures, la participation de l'employé à tous les régimes se poursuit (incluant le régime de rentes de survivants) jusqu'à la date prévue de la fin du congé avec traitement ou du congé de préretraite, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, dont la participation et le droit aux prestations cessent lors de l'entrée en vigueur du congé avec traitement ou du congé de préretraite. L'employeur et l'employé versent leur part respective des primes établies sur la base du traitement alors versé par l'employeur et les protections sont établies sur ce même traitement. La prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée dont le versement a débuté avant le congé se poursuit jusqu'à la première des deux dates suivantes :

- la date de terminaison de la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée en vertu du paragraphe F) Cessation des prestations de l'article **27.3 - DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 27** de la police;

ou

- la date de fin du congé.

4- Congé de préretraite dans le cadre des mesures de stabilité d'emploi :

- si l'indemnité est étalée sur une période inférieure ou égale à 12 mois, les dispositions applicables sont celles décrites au point 3- précédent;
- si l'indemnité est étalée sur une période supérieure à 12 mois, les dispositions suivantes s'appliquent :
 - pour la partie rémunérée du congé, la participation à l'ensemble des régimes (incluant le régime de rentes de survivants) est obligatoire et se poursuit jusqu'à la date prévue de fin du congé de préretraite, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, dont la participation et le droit aux prestations cessent lors de l'entrée en vigueur dudit congé. L'employeur et l'employé versent leur part respective des primes établies sur la base du traitement alors versé par l'employeur et les protections sont établies sur ce même traitement;
 - pour la partie non rémunérée du congé, la participation à l'assurance de ces mêmes régimes est facultative. Le cas échéant, si l'employé décide de maintenir sa participation, la totalité des primes sur cette partie non rémunérée ainsi que la prime requise pour couvrir le coût de la rente de survivants autoassurée par le gouvernement du Québec sont alors payables par le participant par l'intermédiaire de l'employeur. La participation et le droit aux prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée cessent cependant lors de l'entrée en vigueur dudit congé.

Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes pour la partie non rémunérée doit être signifié avant le début du congé de préretraite. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours du congé de préretraite. La prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée dont le versement a débuté avant le congé se poursuit jusqu'à la première des deux (2) dates suivantes :

- la date de terminaison de la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée en vertu du paragraphe F) Cessation des prestations de l'article **27.3 - DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 27** de la police;
- ou
- la date de fin du congé.

L) Grève ou lock-out

Dans les cas de grève ou de lock-out, la participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue pour une durée de 30 jours et la prime afférente à ce régime doit continuer à être versée à l'Assureur.

CLAUSE 17 - NON-RÉENGAGEMENT, RENVOI OU CONGÉDIEMENT CONTESTÉS PAR APPEL

En cas de non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel, l'employé peut maintenir sa participation à l'assurance selon l'une des options suivantes, en payant lui-même la prime totale afférente jusqu'à ce que la décision relative à la contestation soit rendue :

1. maintenir en vigueur sa participation à tous les régimes auxquels il participe, sauf les régimes d'assurance salaire. Les régimes concernés sont maintenus tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à l'Assureur, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée qui sont suspendus pendant la période de contestation.

La prime totale des régimes concernés ainsi que la prime requise pour couvrir le coût de la rente de survivants autoassurée par le gouvernement du Québec sont alors payables par le participant directement à l'Assureur. La prime et la protection sont alors basées sur le traitement de l'employé immédiatement avant la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement. Le participant n'ayant aucun conjoint ni enfant à charge peut être exempté de participer au régime de rentes de survivants s'il fournit les preuves à l'effet qu'aucun bénéfice n'est payable en vertu de ce régime.

Relativement au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et au régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, si l'appel est favorable à l'employé et s'il y a réintégration effective de l'employé, les primes de ces régimes sont payables rétroactivement à la date du

non-réengagement, du renvoi ou du congédiement contestés par appel et toute invalidité ayant débuté depuis cette date est alors reconnue.

Une demande de maintien de protection doit être transmise à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement. Tout participant qui s'est prévalu des dispositions de maintien de son assurance durant un certain temps et qui a cessé de s'en prévaloir avant son retour au travail voit son assurance se terminer à la fin de la dernière période pour laquelle la prime a été payée; l'Assureur peut refuser toute demande de maintien d'assurance qu'il reçoit au-delà du délai précité de 90 jours.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement, le cas échéant, dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout participant qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point 1. précédent, sous réserve du droit d'exemption. Le choix de ne pas demander le maintien est irrévocable.

CLAUSE 18 - PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE LORS DU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Lors du décès d'un participant, l'ensemble des protections d'assurance alors en vigueur pour ses personnes à charge assurées sont maintenues sans paiement de primes pour une période de six (6) mois suivant le décès du participant pour autant que le présent contrat soit maintenu en vigueur.

CLAUSE 19 - ERREURS OU OMISSIONS

La participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, au régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée et au régime obligatoire de base d'assurance vie étant obligatoire pour tous les employés admissibles, aucune erreur ou omission ne peut être invoquée à l'encontre du paiement des prestations pour ces employés. Les ajustements requis sont effectués entre l'Assureur et le Preneur.

Le traitement des cas spéciaux résultant de cas d'erreurs ou d'omissions à l'endroit d'un participant pour le régime facultatif d'assurance vie additionnelle et à l'endroit des personnes à charge du participant est effectué en considérant la bonne foi des assurés.

CLAUSE 20 - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

- A) Un employé invalide le 31 décembre 1995 ne bénéficiant pas encore de l'exonération de primes en vertu du contrat antérieur, devient assuré, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, en vertu du présent contrat sujet aux limitations suivantes :
- 1- les protections choisies en vertu du contrat antérieur sont reconduites intégralement;
 - 2- les primes sont payables à l'Assureur selon les barèmes du présent contrat;
 - 3- l'assurance prend fin au moment où les dispositions d'exonération de primes du contrat antérieur s'appliquent, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.
- B) À compter de la date où les dispositions d'exonération de primes du contrat antérieur s'appliquent, le participant invalide, et ses personnes à charge, le cas échéant, redevient la responsabilité totale et complète de l'Assureur du contrat antérieur, sauf pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.
- C) Toute demande de prestations qui pourrait entraîner un conflit entre l'Assureur du contrat antérieur et l'Assureur du présent contrat est traitée en fonction des dispositions pertinentes de la Loi sur les assurances et des règlements adoptés sous son autorité. Toutefois, afin d'éviter un retard dans le paiement des prestations, toute demande est réglée par le nouvel Assureur du présent contrat. L'Assureur est automatiquement subrogé aux droits du participant contre l'Assureur du contrat antérieur pour toutes prestations qu'il verse et auxquelles l'employé a droit en vertu du contrat antérieur.

CLAUSE 21 - PAIEMENT DES PRIMES

- A) Les primes du présent contrat sont payables à l'Assureur le dernier jour de chaque période de 28 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat.
- B) Les primes du présent contrat par période de deux (2) semaines sont égales à la somme des primes de chaque participant selon les taux établis dans les clauses relatives à chaque régime.

La prime n'est payable, pour un employé qui devient assuré, qu'à compter du début de la période de paie qui coïncide avec ou suit immédiatement la date où il devient assuré.

La prime d'une période de paie de 14 jours est exigible lorsque la protection est en vigueur le premier jour de cette période. De même, la prime est payable pour la

période entière au cours de laquelle cesse la protection d'assurance.

- C) L'Assureur peut modifier les taux de primes à la fin de toute période contractuelle. Toutefois, toute hausse de ce taux de primes doit être précédée d'un avis écrit qui doit parvenir au Preneur ou à son représentant autorisé au plus tard 120 jours avant le début de la période contractuelle au cours de laquelle la modification des taux doit s'appliquer et aucune hausse ne peut s'appliquer moins de 12 mois après la hausse précédente. Néanmoins, une diminution rétroactive de la prime en raison de résultats techniques favorables peut être effectuée en tout temps.

CLAUSE 22 - DÉLAI DE GRÂCE

L'Assureur accorde au Preneur 30 jours de délai de grâce pour le paiement de toute prime échue, à l'exception de la première. Pour toute prime versée après cette période de 30 jours, l'employeur doit verser à l'Assureur des intérêts au taux déterminé périodiquement par ce dernier après consultation auprès du Preneur. Ces intérêts s'ajoutent aux primes payées pour les fins du calcul de la ristourne.

SECTION B : CLAUSES PARTICULIÈRES À CHAQUE RÉGIME

Les clauses 23 à 27 inclusivement ne s'appliquent spécifiquement qu'à chacun des régimes mentionnés en titre.

CLAUSE 23 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

23.1 ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- A) Tout employé qui participait au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie prévu au contrat antérieur lors de la terminaison de ce contrat est admis au présent régime à compter du 1^{er} janvier 1996, et ce, qu'il soit au travail ou non à cette date, sous réserve des dispositions prévues aux clauses intitulées « Interruption de travail », « Non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel » et « Dispositions transitoires ».
- B) Tout employé qui entre en fonction le 1^{er} janvier 1996 ou après est admis à l'assurance, pourvu qu'il soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être :
- 1- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps complet;
 - 2- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps partiel;
- étant entendu que la date d'admissibilité d'un employé ne peut pas être antérieure à la date d'adhésion de son employeur au présent régime.
- C) Nonobstant le paragraphe précédent, tout employé qui entre en fonction et qui occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public et parapublic et pour qui l'emploi antérieur avait pris fin moins de 30 jours avant la date de son entrée en fonction, est admissible à l'assurance à la date de son entrée en fonction, pourvu qu'il fournisse alors la preuve de son emploi antérieur.
- D) Les personnes à charge de l'employé qui participent au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie prévu au contrat antérieur lors de la terminaison de ce contrat sont automatiquement protégées, à moins d'avis contraire de l'employé, à compter du 1^{er} janvier 1996.
- E) Sous réserve des règles de participation pour les personnes à charge, l'assurance d'un employé entraîne celle de ses enfants à charge et de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle ou de son conjoint, de ses enfants à charge et de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il choisit de s'assurer selon une protection monoparentale ou familiale, selon le cas.

La protection des personnes à charge répondant à la définition de personnes à charge prévue au présent contrat au moment de la demande d'adhésion d'un nouvel employé prend effet à la même date que la protection de l'employé pour autant qu'une demande d'adhésion pour les personnes à charge parvienne à l'Assureur en même temps que la demande d'adhésion pour l'employé.

- F) Lorsqu'une personne liée à un employé participant déjà au présent régime devient une personne à charge suivant la définition prévue au présent contrat alors qu'aucune autre personne liée au participant ne répond à cette définition ou lorsque son conjoint ou ses enfants à charge ou la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle cessent d'être protégés par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires, l'assurance des personnes à charge prend effet à cette date pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit transmise à l'employeur dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle ladite personne répond à la définition de « personnes à charge » ou la date de terminaison de sa protection dans le régime comportant des prestations similaires. Si la nouvelle personne à charge est le conjoint du participant, la catégorie de protection accordée est familiale, alors que s'il s'agit d'un enfant à charge du participant ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la catégorie de protection accordée est monoparentale ou familiale, au choix du participant.
- G) La protection d'une nouvelle personne à charge, pour autant que cette dernière réponde à la définition de « personnes à charge » prévue au présent contrat après la prise d'effet de la protection des personnes à charge, prend effet à la date à laquelle cette personne répond à la définition de « personnes à charge ». Cependant, si la nouvelle personne à charge du participant est son conjoint et que le participant détient une protection monoparentale, l'assurance du conjoint du participant prend effet à la date à laquelle le conjoint répond à la définition de « conjoint » pour autant qu'une demande d'adhésion à cet effet soit transmise à l'employeur dans les 60 jours qui suivent cette date.
- H) Lorsque la demande d'adhésion prévue aux paragraphes E), F) et G) précédents n'est pas transmise dans les délais prévus, la protection prend effet à la date de réception par l'Assureur de la demande d'adhésion.
- I) Pour toute personne qui s'est vu refuser la participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, suite à la non-acceptation des preuves d'assurabilité présentées à l'Assureur, sa participation prend effet dès le 1^{er} janvier 1997, sous réserve des dispositions prévues dans la présente clause.
- J) Nonobstant toute autre disposition à ce contraire, la protection des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de la protection de l'employé.

K) Pour autant qu'il satisfasse aux autres conditions prévues au présent contrat, un employé non titulaire d'un poste de plus de 25 % du temps complet, engagé sur une base temporaire (occasionnel) et pour une période prévue d'au moins un (1) an est admissible à l'assurance :

- 1- après un (1) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet;
- 2- après trois (3) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps partiel.

L'employé visé ci-dessus qui occupe simultanément et chez le même employeur un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet est admissible à l'assurance pour l'ensemble de sa prestation de travail et pour la durée d'emploi temporaire (occasionnel) après les délais précités. L'ensemble de sa prestation de travail détermine s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet ou à temps partiel.

L) Dispositions transitoires à la suite de l'abolition du régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle

En raison de l'abolition en date du 31 décembre 1999 du **régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle** et de l'ajout des garanties prévues à ce régime au **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie**, les dispositions transitoires suivantes s'appliquent :

- tous les employés, invalides ou non, qui, au 31 décembre 1999, participent au **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie** bénéficient, à compter du 1^{er} janvier 2000, des garanties d'assurance maladie antérieurement prévues par le **régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle**. Le statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) pour ces garanties est le même que celui prévu par le **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie** en date du 1^{er} janvier 2000. Aucune demande d'adhésion n'est requise;
- les employés exemptés du **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie**, en date du 1^{er} janvier 2000, le sont également pour les garanties d'assurance maladie faisant antérieurement partie du **régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle**, sous réserve des dispositions prévues à la section **23.2 - EXEMPTION**.

23.2 EXEMPTION

- A) Nonobstant la clause intitulée « Participation des employés », un employé peut, moyennant un préavis écrit, refuser ou cesser de participer au présent régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, à condition qu'il établisse que lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective prévoyant le remboursement des frais de médicaments ou qu'il soit lui-même assuré à titre de personne à charge ou inscrit auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'employé qui est exempté de participer au régime obligatoire de base d'accident maladie doit tout de même participer aux autres régimes obligatoires (régime obligatoire de base d'assurance vie et régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée).
- B) Tel avis écrit de la part de l'employé doit être adressé immédiatement à l'employeur et il prend effet à la date de réception par l'employeur de ladite demande.
- C) L'employé qui a refusé ou cessé de participer au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, et ce, aux conditions prévues à la présente clause, peut néanmoins participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle.
- D) Un employé qui a refusé ou cessé de participer au présent régime peut y devenir admissible, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant, à condition d'établir à la satisfaction de l'Assureur :
 - 1- qu'antérieurement l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, étaient assurés en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime accordant une protection similaire;
 - et
 - 2- qu'il est devenu impossible pour l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, de continuer à être assuré par le régime ayant permis l'exemption.

Si l'employé présente sa demande dans les 60 jours de la cessation de son assurance et de celle de ses personnes à charge, le cas échéant, l'assurance prend effet à la date de la cessation de l'assurance en vertu du régime ayant permis l'exemption et la prime est modifiée le premier jour de la période de paie qui suit cette date.

Si l'employé présente sa demande plus de 60 jours après la cessation de son assurance et de celle de ses personnes à charge, le cas échéant, l'assurance prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception par l'Assureur de ladite demande.

Dans le cas d'une personne ou des personnes qui, antérieurement à la demande, n'étaient pas assurées en vertu du présent régime, l'Assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'Assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation ou de conversion ou autrement.

23.3 PRESTATIONS

A) Frais hospitaliers

Sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un participant engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, il a droit au remboursement de ces frais jusqu'à concurrence du coût d'une chambre **semi-privée**.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital au patient ne sont pas couverts par la présente clause.

B) Frais de médicaments et frais paramédicaux

Sous réserve de la Loi de l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un participant engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, il a droit au remboursement de 75 % des premiers 2 000 \$ de frais admissibles engagés par année civile pour l'ensemble des personnes couvertes par le participant et 100 % de l'excédent.

Frais admissibles

- 1- Les frais admissibles mentionnés aux paragraphes b) à p) inclusivement (à l'exception de l) et n)), ainsi que ceux mentionnés au paragraphe dd), doivent être prescrits par un médecin.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'Assureur.

Les services ou fournitures, examens, soins ou frais doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Les frais admissibles sont limités à un (1) seul traitement ou consultation par jour par spécialité par personne assurée et comprennent, pourvu qu'ils soient

nécessaires au traitement médical de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées :

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

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

Exclusions

Les produits suivants ne sont pas couverts :

- produits de régimes servant de suppléments ou de compléments à l'alimentation;
- médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits « orphelins »;
- produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- produits utilisés à des fins esthétiques et/ou cosmétiques;
- produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts par le Régime général d'assurance médicaments;

- vaccins préventifs ou curatifs, sérums et injections; cependant, certains de ces frais sont couverts en vertu des sous-alinéas q) et ee) du présent alinéa;
- médicaments servant à traiter la dysfonction érectile;
- écrans solaires.

Toutefois, dans le cas de produits servant à compléter ou à remplacer l'alimentation, l'Assureur accepte d'analyser de telles demandes de prestations en autant que ces produits servent au traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée et soient considérés comme médicaments (porteurs d'un DIN).

Les médicaments antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La contribution du patient exigée pour un assuré couvert par le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec est couverte par la présente clause.

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

Les frais remboursables de médicaments sont normalement payés directement à la pharmacie, sur présentation au pharmacien de la carte de paiement de médicaments qui accompagne le certificat d'assurance. Si la personne n'a pas recours à ce mode de paiement, les prestations pour frais de médicaments seront payables à l'adhérent sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés par la personne assurée.

b) Soins à domicile :

1- Définitions

Dans la présente clause, on entend par :

- i) « **activité quotidienne de base** » : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;

- ii) **« fournisseur de services d'aide à domicile »** : une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome seulement, s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région;
- iii) **« membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint »** : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grands-parents et petits-enfants.

2- **Portée**

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, les frais engagés par l'assuré pour des soins recommandés par le médecin traitant encourus au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un (1) jour et pendant laquelle il est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base.

Les frais couverts sont les suivants :

- i) **Soins infirmiers** : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié pour des soins infirmiers dispensés au domicile de l'assuré. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
 - l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
 - le changement de pansements et le soin des plaies;
 - l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
 - l'exérèse de sutures et agrafes;
 - les prélèvements (sang et autres).

ii) **Services d'aide à domicile** : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider l'assuré à accomplir ses activités quotidiennes de base. Les services doivent être dispensés au domicile de l'assuré et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les services couverts comprennent entre autres :

- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever/coucher, etc.);
- ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
- entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux.

iii) **Frais de transport** : les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un (1) jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine.

iv) **Frais de garde des enfants** : les frais pour la garde des enfants à charge de l'adhérent à son domicile ou dans un service de garde. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint.

Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts en vertu de la présente clause.

v) **Maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un

médecin ou un infirmier licencié, incluant le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers.

3- **Limitation**

Seuls les frais engagés pour des soins reçus dans les 30 jours suivant immédiatement l'hospitalisation ou la chirurgie dite d'un jour sont couverts en vertu de la présente clause. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour se prolonge pour une période de quatre (4) jours ou plus.

4- **Paramètres de remboursement**

- i) soins infirmiers : maximum admissible de 60 \$ par jour;
 - ii) services d'aide à domicile : maximum admissible de 60 \$ par jour;
 - iii) frais de transport : maximum admissible de 30 \$ par déplacement (aller et retour);
 - iv) frais de garde des enfants : maximum admissible de 25 \$ par jour et par enfant;
 - v) maison de convalescence : maximum admissible de 125 \$ par jour.
- c) les frais d'achat ou de location, selon le mode le plus économique, d'un **fauteuil roulant non motorisé** ou d'un **lit d'hôpital** pour combler un besoin temporaire seulement;
- d) les frais engagés pour l'achat ou le remplacement de **membres artificiels ou d'appareils prothétiques, à l'exclusion** des lunettes, des lentilles cornéennes et des prothèses dentaires.

Sont notamment couverts :

- les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie. Le remboursement maximal par période de 48 mois complets consécutifs est limité à **une (1) seule prothèse** par assuré et à un maximum de **500 \$** par assuré;
- les frais d'achat de **lentilles intraoculaires**, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et

que ces effets ne peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes;

- les frais d'achat de **prothèses mammaires** par suite de mastectomie;
 - les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** par suite de mastectomie ou de réduction mammaire;
- e) **les frais de chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance;
- f) les frais d'achat, de location ou de remplacement de **bandages herniaires, pansements, corsets, plâtres, attelles, béquilles et autres appareils orthopédiques**, étant entendu que l'expression « **appareil orthopédique** » désigne un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient ou maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps, ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons.

Les frais d'achat pour les **orthèses plantaires** sont également admissibles. Les orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé en orthèse du pied détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en vertu de la Loi sur la santé publique et les frais couverts sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec. Les chaussures orthopédiques sont exclues de la présente clause;

- g) les frais d'achat d'un **appareil mesurant le taux de glucose sanguin**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 36 mois consécutifs;
- h) les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques** tels que les appareils d'aérosolthérapie, les stimulateurs de consolidation de fractures, les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire, les respirateurs à pression positive intermittente, les vêtements pour le traitement de brûlures, l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, réflectomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques. Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « filtreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour l'auto, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareil à pression, sphymomanomètre ou autres appareils de même nature, « water pik » (brosse à dents électrique), appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

- i) les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur percutané ou transcutané**; les frais admissibles sont limités à un maximum de 1 000 \$ par personne assurée par période de 60 mois consécutifs;
- j) les frais d'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Sont également couverts, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Aux fins de la présente assurance, **aucune forme** de chaussure profonde ni de sandale n'est considérée comme une chaussure orthopédique;
- k) les frais pour des **électrocardiogrammes, radiographies (incluant scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire**, dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada;
- l) les frais pour les services d'un **physiothérapeute ou d'un thérapeute en réadaptation physique** à raison d'un montant maximal admissible de 40 \$ par traitement;
- m) les honoraires professionnels d'un **infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié**, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille

ou de celle de son conjoint, pourvu que ces services soient rendus à l'extérieur d'un établissement de santé;

- n) les frais pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 48 mois consécutifs pour chaque personne assurée;
- o) les frais de location, ou d'achat lorsque plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène**, d'une **station de remplissage de bonbonnes d'oxygène**, ainsi que les frais de **remplissage des bonbonnes d'oxygène**;
- p) les frais d'achat de **bas de contention** à compression moyenne ou forte (21 mm de Hg ou plus), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence de trois (3) paires par année civile pour chaque personne assurée;
- q) les frais pour des **vaccins curatifs et préventifs**; seul le coût de la substance est couvert, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 200 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile;
- r) **les frais de transport aller et retour en ambulance**, y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière, mais excluant les avions-ambulances. La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à l'Assureur lorsque le transport par avion est utilisé;
- s) les honoraires professionnels **d'un audiologiste ou d'un audioprothésiste**, à raison d'un montant maximal admissible de 60 \$ par consultation pour un audiologiste et de 40 \$ par consultation pour un audioprothésiste, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels;
- t) les honoraires professionnels **d'un ergothérapeute**, à raison d'un montant maximal admissible de 40 \$ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée;
- u) les honoraires professionnels **d'un orthophoniste**, à raison d'un montant maximal admissible de 60 \$ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 600 \$ par année civile pour chaque personne assurée;

- v) les honoraires professionnels d'un **chirurgien-dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles, par suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident. Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec;

Restrictions

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant dentaire;

- w) les honoraires professionnels d'un **ophtalmologiste ou d'un optométriste**, pour examens de la vue, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 50 \$ par période de 24 mois pour chaque personne assurée;
- x) les honoraires professionnels d'un **diététiste**, à raison d'un montant maximal admissible de 30 \$ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée;
- y) les honoraires professionnels d'un **chiropraticien** reconnu par la Loi sur la chiropratique, à raison d'un montant maximal admissible de 30 \$ par traitement et de 50 \$ par année civile pour les radiographies, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée;
- z) les honoraires professionnels d'un **podiatre**, à raison d'un montant maximal admissible de 40 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée;
- aa) les honoraires professionnels d'un **acupuncteur**, d'un **ostéopathe**, d'un **kinésithérapeute** (incluant les traitements de massothérapie donnés par celui-ci), d'un **orthothérapeute** (incluant les traitements de massothérapie donnés par celui-ci) ou d'un **massothérapeute**, à raison d'un montant maximal admissible de 30 \$ par traitement et jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 600 \$ par année civile pour chaque personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels;
- bb) les honoraires professionnels d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **travailleur social**, d'un **conseiller en**

orientation ou d'un **thérapeute conjugal et familial**. Les frais admissibles sont sujets à un maximum de remboursement total de 1 000 \$ par année civile pour chaque personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels;

- cc) les honoraires professionnels d'un **naturopathe** (ou **naturothérapeute**), d'un **homéopathe** ou d'un **phytothérapeute**, à raison d'un montant maximal admissible de 30 \$ par traitement ou consultation, selon le cas, et jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 600 \$ par année civile pour chaque personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels. Les frais admissibles ne comprennent pas les frais engagés pour des remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels, qui sont par conséquent exclus des prestations payables.

En ce qui concerne le naturopathe (ou naturothérapeute), seules sont couvertes les consultations pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels, alors que les frais relatifs aux produits naturels, massages, bains, posturologie, exercices physiques et autres consultations non reconnues par l'Assureur ne sont pas couverts en vertu de cette garantie;

- dd) les frais remboursables pour une **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation, jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par période de 60 mois par personne assurée, et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par personne assurée;
- ee) les frais pour des **injections sclérosantes** sont remboursés de la façon suivante :
- les frais admissibles pour la **substance** sont limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum un (1) traitement par jour);
 - les frais admissibles pour les **honoraires professionnels** reliés aux injections sont limités à un maximum de 25 \$ par séance de traitement (maximum un (1) traitement par jour).

2- Les frais de **transport** et d'**hébergement (incluant les repas)** engagés au Québec et occasionnés par un des événements suivants :

- la **consultation d'un médecin spécialiste pour des services professionnels non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;

- des **traitements spécialisés rendus par un médecin et non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;
- une **hospitalisation pour recevoir des soins non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;

Les frais admissibles sont :

- les frais de **transport** en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau et train) selon le mode le plus économique, en tenant compte de l'état de santé de la personne assurée;
- les frais de **repas**;
- les frais d'**hébergement** engagés dans un établissement public, à condition que l'événement nécessite un séjour;

Le remboursement maximal pour l'ensemble de ces frais est de **1 000 \$** par personne assurée, par année civile.

Toutefois, les restrictions énumérées ci-après s'appliquent aux frais admissibles indiqués précédemment :

- l'événement engendrant les frais admissibles doit être prescrit par un médecin;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées;
- l'événement engendrant les frais admissibles doit nécessiter un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement), du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de l'événement par la route la plus directe, ce dernier lieu devant par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de la personne assurée;
- pour l'hébergement et les repas, les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées et sont **limités** aux montants prévus dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents* applicable au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec;

- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
 - les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée, ainsi que par son accompagnateur.
- 3- Dans le cas d'une **cure de désintoxication** liée à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu compulsif, des frais admissibles sont prévus pour un séjour dans une maison officiellement reconnue à cette fin, sous réserve d'un maximum admissible de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile par personne assurée.

C) **Soins non urgents en dehors du Québec**

Les frais engagés en dehors du Québec, autrement que dans une situation d'urgence, sont remboursés jusqu'à concurrence de ce qui aurait été remboursé par l'Assureur s'ils avaient été engagés au Québec.

Sont également couverts :

- **Les frais hospitaliers engagés à l'extérieur du Québec** pour des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais admissibles comprennent les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que le coût des autres services médicalement nécessaires. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec et sont sujets à un maximum de remboursement équivalant à une (1) fois celui remboursé à titre de frais d'hospitalisation en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec.
- **Les honoraires professionnels de médecin engagés à l'extérieur du Québec** pour des soins médicaux ou chirurgicaux préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec et sont sujets à un maximum de remboursement équivalant à trois (3) fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les frais de transport et d'hébergement engagés à l'extérieur du Québec et encourus pour recevoir des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais couverts sont

remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par assuré, par année civile.

D) **Assurance voyage**

1- **Admissibilité aux prestations**

Pour être couvert par la présente garantie, l'assuré doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

2- **Portée**

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par l'assuré à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenus alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et nécessitant des soins d'urgence, dans la mesure où les frais engagés sont usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquent à des fournitures ou services **prescrits par un médecin** comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

L'assurance voyage s'applique à l'excédent des frais remboursables en vertu des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la personne assurée. La personne assurée doit donc être couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Pour tout séjour qui doit durer plus de 180 jours, la personne assurée doit communiquer à l'avance avec l'Assureur afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

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

- s'être aggravée;
- avoir été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- être instable;
- être en phase terminale d'évolution;

- être chronique et présenter des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.

Si l'un ou l'autre des critères mentionnés ci-dessus s'applique à son état de santé, la personne assurée doit communiquer, quelques semaines avant son départ, avec l'Assureur ou avec la compagnie d'assistance voyage.

Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont limités à 5 000 000 \$ par assuré pour la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence. Les frais décrits ci-dessous aux sous-alinéas e) à n) inclusivement ainsi qu'au sous-alinéa p) doivent être autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage.

Les frais suivants sont couverts à 100 % :

- a) les frais de l'hospitalisation dans un hôpital destiné à fournir des traitements actifs où le patient reçoit effectivement un traitement curatif; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime;
- b) les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime;
- c) le transport en ambulance, en direction de l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié;
- d) les médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale;
- e) les honoraires d'un infirmier licencié pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage;
- f) les honoraires d'un chiropraticien, podiatre et physiothérapeute;

- g) la location de chaise roulante, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire;
- h) les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies;
- i) l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;
- j) les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et, nonobstant l'exclusion prévue au sous-alinéa a) de l'alinéa 5 de la présente garantie, les soins peuvent être obtenus après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- k) les frais de rapatriement du patient en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire l'assuré jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de l'Assureur, compte tenu de l'état du malade;
- l) le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de l'assuré et autorisée au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage; l'escorte médicale ne doit pas être un parent de l'assuré, ni un compagnon de voyage;
- m) le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper ou s'il décède, sous réserve d'un remboursement maximal de 2 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant l'incapacité de l'assuré à utiliser son véhicule;
- n) en cas du décès de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$; ces frais doivent être autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage;

- o) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour et d'un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence, pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;
- p) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, soit le conjoint, le fils ou la fille, le père ou la mère, le frère ou la sœur, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; l'assuré doit présenter un document, rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales, qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
 - pour le transport : 2 500 \$;
 - pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour, pour un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence, pour l'ensemble des personnes protégées.

La notion de proche parent inclut aussi un ami ou une amie, advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé dans la définition précédente;

- q) les services d'assistance voyage; ces services ne sont pas disponibles dans tous les pays et peuvent être modifiés par l'Assureur sans préavis.

3- Affectation à l'extérieur de la province de résidence

Les frais prévus aux alinéas 2- a) et 2- b) de la présente garantie qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que l'adhérent est affecté à l'extérieur de sa province de résidence pour les fins de son travail depuis plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de l'adhérent où les soins ou les services requis sont disponibles.

4- **Limitations à l'assurance voyage**

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

L'Assureur se réserve le droit de rapatrier tout assuré dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère l'Assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

5- **Exclusions à l'assurance voyage**

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- f) les frais hospitaliers engagés 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;

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

- g) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
- h) le service dans les forces armées, la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans le pays concerné.

La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate. Cependant, si une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, l'assuré est protégé pour autant qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;

- i) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- j) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conditions qui s'ensuivent;
- k) une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- l) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- m) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

6- Demande de prestations d'assurance voyage

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

7- Coordination des prestations d'assurance voyage

Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un Assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont payables en vertu de la présente garantie; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance accident maladie lorsqu'une prestation n'est pas payable en vertu de la présente garantie.

E) Services d'assistance voyage

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de leur province de résidence, les personnes assurées par la garantie d'assurance voyage ont accès à des services d'assistance voyage. À cet effet, l'Assureur émet à chaque participant une carte qui contient les numéros de téléphone pour communiquer avec la compagnie qui fournit ces services.

- 1- Les services d'assistance voyage suite à un accident ou une maladie subite sont les suivants :
- a) diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
 - b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à l'assuré d'effectuer un dépôt monétaire;
 - c) assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
 - d) coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
 - e) apporter une aide d'urgence, ainsi que la coordination des demandes de règlements;
 - f) prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour lui permettre d'identifier une personne décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;

- g) prendre les dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper ou s'il décède;
- i) communiquer avec la famille ou avec le bureau de l'assuré;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

2- Limitations de l'assistance voyage

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

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par l'Assureur sans préavis.

F) **Assurance annulation de voyage**

a) **Définitions**

Dans la présente garantie, on entend par :

1- Accident

Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

2- Assuré

Le participant et ses personnes à charge protégés par la présente garantie.

3- Compagnon de voyage

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

4- Hôte à destination

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination.

5- Membre de la famille

Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru.

6- Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins.

7- Frais de voyage payés d'avance

Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité; sont également incluses les sommes déboursées par l'assuré ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages, de même que les sommes déboursées par l'assuré ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

8- Activité à caractère commercial

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

9- Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux (2) nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage une croisière

d'une durée prévue d'au moins deux (2) nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

b) Portée

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage, dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont payables à 100 % par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par personne assurée pour le voyage projeté. Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- 1- une maladie ou un accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires de l'assuré ou un membre de la famille de l'assuré; la maladie ou l'accident doit empêcher, lors de l'annulation ou de l'interruption du voyage de l'assuré, la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- 2- du décès du participant, du décès du conjoint du participant, du décès d'un enfant du participant ou de son conjoint, du décès du compagnon de voyage de l'assuré ou du décès d'un associé en affaires de l'assuré;
- 3- du décès d'un membre de la famille :
 - i) de l'assuré, autre que le participant, le conjoint du participant, ou un enfant du participant ou de son conjoint;
 - ii) du compagnon de voyage de l'assuré;

pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 4- du décès ou de l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination de l'assuré;
- 5- de la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou de l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant

la période du voyage, pour autant que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires afin d'obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation **n'est pas considérée** comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption lorsque la personne concernée :

- i) intente une poursuite;

 ou
- ii) est une partie poursuivie;

 ou
- iii) agit dans l'exercice de ses fonctions habituelles, si ces dernières sont celles d'un policier;

- 6- de la mise en quarantaine de l'assuré, pour autant que la mise en quarantaine se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- 7- du détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- 8- d'un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- 9- du transfert de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pour autant que ce transfert soit exigé par son employeur, dans les 30 jours précédant la date fixée de départ;
- 10- du terrorisme, d'une guerre déclarée ou non, ou d'une épidémie dans le pays où l'assuré doit se rendre, pour autant que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant le voyage projeté de l'assuré et que la recommandation soit émise après que l'assuré ait pris les arrangements relatifs à son voyage;
- 11- du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à

parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux (2) dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

12- des conditions atmosphériques qui sont telles :

i) que le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ du voyage projeté, soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;

ou

ii) que l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;

13- d'un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue, de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;

14- du décès, d'une maladie ou d'un accident d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;

15- du suicide ou de la tentative de suicide d'un membre de la famille de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré;

16- du décès d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;

17- du décès ou de l'hospitalisation de la personne avec laquelle l'assuré a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.

c) **Frais couverts**

Les frais couverts sont les suivants :

- 1- En cas d'annulation avant le départ :
- a) portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - b) frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait accompagner l'assuré et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section « Portée » et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;
 - c) portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70% desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- 2- Si un départ est manqué à cause du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré ou si le voyage, après le départ, est interrompu temporairement à cause d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage.
- Coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique, par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.
- 3- Si le retour est anticipé ou retardé :
- a) 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, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ; ces frais doivent être, au préalable, convenus avec l'Assureur.

Restriction

Si le retour de l'assuré est retardé de plus de sept (7) jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts, pour

autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept (7) jours.

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

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

Restriction

Les frais payables par toute personne autre que l'assuré ne sont pas couverts.

4- Transport aller-retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique à la suite de l'approbation par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il est en voyage, pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- i) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont il est le tuteur légal ou d'une personne dont il est le liquidateur testamentaire;
- ii) si un sinistre a rendu la résidence principale de l'assuré inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

d) Exclusions

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

- 1- la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
- 2- le service dans les forces armées, la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays

étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans le pays concerné;

La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate. Cependant, si une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, l'assuré est protégé, pour autant qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;

- 3- une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- 4- l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conséquences qui s'ensuivent;
- 5- une participation par l'assuré à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- 6- la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- 7- un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 8- un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et dont la condition médicale ou le décès subséquent occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

e) Demande de prestations

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- 1- Titres de transport inutilisés;

- 2- Reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- 3- Reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet, de même que les résultats de sa demande, doivent être transmis à l'Assureur;
- 4- Document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- 5- Rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route;
- 6- Rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- 7- Preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- 8- Tout autre rapport exigé par l'Assureur permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

Limitation

Toute annulation de voyage avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyages ou au transporteur concerné, de même qu'à l'Assureur, et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause d'annulation. Dans les cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut toutefois être transmis le premier jour ouvrable qui suit. En cas de non-respect du délai prévu pour soumettre l'avis d'annulation, la responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis.

La présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de l'Assureur, que l'adhérent et son conjoint sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir; le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une

de ces personnes est en mesure de le faire et la responsabilité de l'Assureur est alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

f) **Coordination**

Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont payables en vertu de la présente garantie; la présente garantie ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance accident maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

G) **Exclusions applicables à l'ensemble des garanties du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie**

Aucune prestation n'est payable pour les frais engagés :

- a) du fait d'un accident ou d'une maladie pour lesquels l'assuré a droit à une compensation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- b) pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.);
- c) pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus par le présent régime obligatoire de base d'assurance accident maladie;
- d) pour lunettes ou lentilles cornéennes;
- e) du fait d'une automutilation volontaire, indépendamment de l'état mental dans lequel se trouve la personne assurée;
- f) pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus par le présent régime obligatoire de base d'assurance accident maladie;
- g) par suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que la personne assurée est en service actif pour le compte des forces armées;

- h) pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'adhérent;
- i) pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- j) pour toutes substances, soins ou procédés servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf pour les médicaments couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- k) tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- l) pour les services ou fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées. Cette exclusion ne s'applique pas à la garantie de médicaments.

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

23.4 DEMANDE DE PRESTATIONS ET PREUVES

- A) Sur présentation au pharmacien de la carte qui accompagne le certificat d'assurance du participant, la pharmacie obtient directement de l'Assureur le paiement de la part des frais de médicaments de la personne assurée qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, la personne assurée n'a à déboursier que la part des frais qui n'est pas à la charge de l'Assureur. Toute autre demande de prestations en vertu du présent régime d'assurance obligatoire de base d'assurance accident maladie doit être transmise par écrit à l'Assureur en indiquant le nom, l'adresse et le numéro de contrat du participant. À cet effet, l'Assureur fournit aux participants un formulaire de demande de prestations.
- B) Des pièces justificatives satisfaisantes, selon le jugement de l'Assureur, doivent accompagner chaque demande de prestations.

- C) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les pièces justificatives et renseignements dans les trois (3) mois n'empêche pas le règlement de toute prestation, pourvu que la demande de prestations soit transmise et les pièces justificatives et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est possible de le faire. **Cependant**, en aucun cas la demande de prestations ne doit être transmise, ni les pièces justificatives et les renseignements fournis **plus d'un (1) an** après la date où les frais sont engagés.

23.5 COORDINATION DES PRESTATIONS

Si la somme des prestations qui seraient payables en vertu du présent contrat et des prestations qui seraient payables aux termes de tout autre régime d'assurance accident maladie, public ou privé, collectif ou individuel, en vertu duquel un participant a droit à de telles prestations, excède les frais réellement engagés pour les services et fournitures couverts par le présent contrat, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites de façon à éliminer cet excédent.

23.6 TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

- A) L'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :
- 1- la date de terminaison du présent contrat;
 - 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce participant;
 - 3- la date à laquelle il cesse de faire partie du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, sauf pour l'employé qui maintient sa participation en vertu de ses conditions de travail; dans ce cas, c'est la date à laquelle il perd son statut d'employé;
 - 4- la date de la retraite;
 - 5- la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, sauf si telle cessation est pour cause de prise de préretraite totale ou pour la condition énoncée au sous-alinéa e) de l'alinéa D) Cessation des prestations de l'article 26.2 - DESCRIPTION DU RÉGIME de la **CLAUSE 26 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**, ou après les 104 premières semaines d'invalidité totale si le participant devient totalement invalide après son 63^e anniversaire de naissance. Le participant devient alors admissible au régime d'assurance des retraités.

B) L'assurance de toute personne à charge se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 1- la date de terminaison de l'assurance du participant, sous réserve de la prolongation de l'assurance prévue à la **CLAUSE 18 – PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE LORS DU DÉCÈS DU PARTICIPANT**;
- 2- la date où elle cesse d'être une personne à charge;
- 3- la date de réception par l'employeur de la demande du participant signifiant son intention d'être dorénavant couvert selon une protection monoparentale ou individuelle, selon le cas.

Toutefois, lorsqu'un participant ayant une protection monoparentale ou familiale (incluant l'assurance voyage) décède à l'extérieur de sa province de résidence, les frais admissibles engagés au cours du même voyage par les personnes à charge assurées qui l'accompagnent sont remboursés, même après la fin de la protection du participant. Cette prolongation cesse lors du retour des personnes à charge dans leur province de résidence.

C) Nonobstant la terminaison de l'assurance, l'Assureur verse toute prestation payable en vertu du présent contrat pour des frais engagés avant la date de terminaison.

23.7 DROIT DE TRANSFORMATION

Lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible au présent régime, et qu'il n'est plus admissible à aucune police d'assurance collective, il a le droit d'obtenir pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant, par un contrat distinct, une protection individuelle d'assurance maladie excluant les médicaments, et ce, sans preuves d'assurabilité, aux taux et conditions alors en vigueur fixés par l'Assureur, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de l'une des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent cesse d'être admissible au présent régime. Le droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérent lui-même ou pour ses personnes à charge, s'il les protégeait;
- la date à laquelle une personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens du contrat;
- la date à laquelle prend fin la période de six (6) mois de prolongation de l'assurance pour les personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.

23.8 PROLONGATION

Nonobstant les dispositions contenues au paragraphe A) de l'article 23.6 – **TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE** de la **CLAUSE 23**, lorsque l'assurance d'une participante se termine, l'Assureur rembourse les frais engagés par suite d'une grossesse de cette participante, pourvu que l'accouchement effectif ou normalement prévisible se situe moins de neuf (9) mois après la date de terminaison de l'assurance de la participante et que le présent contrat soit en vigueur à la date à laquelle les frais sont engagés.

23.9 NIVEAU DES PRIMES

La prime du présent régime obligatoire de base d'assurance accident maladie par période de deux (2) semaines est égale à la somme des primes exigibles pour chaque adhérent. La prime par période de deux (2) semaines pour chaque adhérent est la suivante :

- **à compter de la première période de paie complète dont le début coïncide avec ou suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 :**

a)	adhérent détenant une protection individuelle	:	60,68 \$
b)	adhérent détenant une protection monoparentale	:	63,97 \$
c)	adhérent détenant une protection familiale	:	122,65 \$

Surprime pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le Régime général d'assurance médicaments :

a)	adhérent détenant une protection individuelle	:	83,72 \$
b)	adhérent détenant une protection monoparentale	:	96,67 \$
c)	adhérent détenant une protection familiale	:	180,09 \$

La surprime est entièrement payable par l'adhérent.

23.10 EXONÉRATION

A) Aucune prime n'est payable pour tout participant qui devient totalement invalide à compter de la date où il a droit au paiement des prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée par l'Assureur du présent contrat, ou par l'Assureur du contrat antérieur, et ce, aussi longtemps que dure l'invalidité totale, à la condition que le présent contrat soit maintenu en vigueur et qu'une demande d'exonération des primes ou une demande de prestations d'assurance salaire soit faite par écrit au siège social de l'Assureur dans les 27 mois qui suivent le

commencement de la période d'invalidité totale. Pour les fins du présent alinéa, l'invalidité est réputée terminée à la première des dates suivantes :

- 1- la date à laquelle le participant atteint l'âge normal de la retraite;
 - 2- la date à laquelle le participant, devenu invalide avant le 1^{er} avril 1994, occupe un emploi analogue à celui qu'il occupait au début de son invalidité totale comportant un traitement similaire;
 - 3- la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur;
 - 4- la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.
- B) Tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.
- C) La période au cours de laquelle une participante bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

CLAUSE 24 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE

24.1 ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- A) Tout employé qui participait au régime obligatoire de base d'assurance vie prévu au contrat antérieur lors de la terminaison de ce contrat est admis au présent régime à compter du 1^{er} janvier 1996, et ce, qu'il soit au travail ou non à cette date, sous réserve des dispositions prévues aux clauses intitulées « Interruption de travail », « Non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel » et « Dispositions transitoires ».
- B) Tout employé qui entre en fonction le 1^{er} janvier 1996 ou après est admis à l'assurance, pourvu qu'il soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être :
- 1- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps complet;
 - 2- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps partiel;

étant entendu que la date d'admissibilité d'un employé ne peut pas être antérieure à la date d'adhésion de son employeur au présent régime.

- C) Nonobstant le paragraphe précédent, tout employé qui entre en fonction et qui occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public ou parapublic et pour qui l'emploi antérieur avait pris fin moins de 30 jours avant la date de son entrée en fonction, est admissible à l'assurance à la date de son entrée en fonction, pourvu qu'il fournisse alors la preuve de son emploi antérieur.
- D) Pour tout employé qui est devenu totalement invalide et exonéré de primes pendant qu'il était encore assuré en vertu du contrat antérieur, aucune prestation n'est payable en vertu du présent contrat, pendant la continuation d'une invalidité totale ayant débuté avant la fin du contrat antérieur ou pendant une récurrence d'une telle invalidité survenant dans les 90 jours de la cessation de la première invalidité, à moins que, dans le cas d'une telle récurrence, l'employé ait complété, après la fin du contrat antérieur, 30 jours de retour au travail à des fonctions d'une classe d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat.
- E) Pour autant qu'il satisfasse aux autres conditions prévues au présent contrat, un employé non titulaire d'un poste de plus de 25 % du temps complet, engagé sur une base temporaire (occasionnel) et pour une période prévue d'au moins un (1) an, est admissible à l'assurance :
 - 1- après un (1) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet;
 - 2- après trois (3) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps partiel.

L'employé visé ci-dessus qui occupe simultanément et chez le même employeur un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet est admissible à l'assurance pour l'ensemble de sa prestation de travail et pour la durée d'emploi temporaire (occasionnel), après les délais précités. L'ensemble de sa prestation de travail détermine s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet ou à temps partiel. Le traitement utilisé dans la présente garantie correspond au traitement total provenant de l'ensemble de sa prestation de travail.

24.2 PRESTATIONS

A) Assurance vie de base

Au décès d'un participant, le montant d'assurance payable comptant au bénéficiaire désigné est égal à 1/2 fois le traitement annuel du participant à la date de son décès.

B) Assurance mutilation accidentelle

Lorsque par suite d'un accident survenant en cours d'assurance un assuré subit, le jour de l'accident ou au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées ci-dessous, l'Assureur verse un pourcentage du traitement annuel du participant effectif à la date de l'accident, tel qu'indiqué au TABLEAU DES PERTES ci-dessous :

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
des deux mains	100 %
des deux pieds	100 %
des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et d'un œil	100 %
d'un pied et d'un œil	100 %
d'une seule main	50 %
d'un seul pied	50 %
d'un œil	50 %

Lorsqu'un assuré subit plus d'une perte à la suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme à laquelle il a droit en vertu de cette garantie ne peut excéder 100 % du traitement annuel effectif du participant à la date de l'accident.

L'Assureur ne verse pas cette somme assurée en cas d'accident si l'assuré subit l'une des pertes énumérées au TABLEAU DES PERTES ci-dessus :

- 1- à la suite de blessures qu'il s'inflige volontairement ou de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 2- à la suite d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection;

- 3- par suite de participation active à un acte criminel ou à un attentat quelconque;
- 4- pendant qu'il est en service actif pour le compte des forces armées;
- 5- pendant qu'il exerce toute fonction d'un membre de l'équipage d'un aéronef, **sauf si sa présence comme membre de l'équipage découle de ses fonctions à titre d'employé du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec.**

C) Assurance vie des personnes à charge

Au décès d'une personne à charge du participant, l'Assureur verse le montant indiqué ci-dessous :

TABLEAU D'ASSURANCE

<u>Personnes à charge</u>	<u>Sommes assurées</u>
Le conjoint	17 200 \$
Chaque enfant à charge âgé d'au moins 24 heures	5 000 \$

Les sommes versées sont réduites de moitié lors du décès d'une personne à charge du participant travaillant moins de 70 % du temps complet.

D) Dispositions spéciales pour les participants totalement invalides

Si le participant est totalement invalide lors de l'événement ouvrant droit à la prestation (soit à la date du décès dans le cas de l'assurance vie de base ou à la date de l'accident dans le cas de l'assurance mutilation accidentelle), le traitement servant au calcul des prestations prévues aux paragraphes A) et B) ci-dessus est déterminé de la façon décrite à la définition du « traitement » contenue à la **CLAUSE 1 - DÉFINITIONS.**

24.3 BÉNÉFICIAIRE

- A) Lors de la prise d'effet du présent contrat, tous les employés qui participaient au régime obligatoire de base d'assurance vie prévu au contrat antérieur se voient automatiquement attribuer la « succession de l'adhérent » comme bénéficiaire.
- B) En l'absence de toute restriction légale, le participant peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance sur avis écrit transmis au siège social de l'Assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent à ce dernier.

- C) L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.
- D) Le montant d'assurance payable comptant au décès ou mutilation accidentelle de toute personne à charge est versé au participant s'il est vivant, sinon au conjoint du participant s'il est vivant, sinon aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.
- E) Tout montant d'assurance payable pour une perte autre que celle de la vie est versé au participant.

24.4 DEMANDE DE PRESTATIONS ET PREUVES DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ TOTALE

- A) Toute demande de prestations en vertu du présent régime doit être transmise par écrit à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès ou de l'une des pertes énumérées au paragraphe B) de l'article **24.2 – PRESTATIONS** de la **CLAUSE 24**.
- B) Le participant ou ses ayants droit, selon le cas, doivent fournir à l'Assureur, dans les 90 jours qui suivent la date de l'événement ouvrant droit à la prestation, des preuves du décès ou de la perte, incluant un rapport médical, et des preuves de l'âge et du traitement annuel du participant, ou des preuves de l'âge de la personne à charge, ainsi que tout autre renseignement nécessaire au règlement de la demande de prestations.
- C) À compter de la 105^e semaine d'invalidité totale du participant, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais le participant totalement invalide, par le médecin qu'il désigne.
- D) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le règlement de toute prestation, pourvu que la demande de prestations soit transmise et les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. **Cependant**, en aucun cas la demande de prestations ne doit être transmise, ni les preuves et les renseignements fournis, **plus d'un (1) an** après la date de l'événement ouvrant droit à la prestation, ni plus de 27 mois après la date de terminaison du présent contrat.

24.5 TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

- A) L'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 1- la date de terminaison du présent contrat;
 - 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce participant;
 - 3- le 31^e jour qui suit la date où il cesse d'être un employé pour une autre raison que la retraite;
 - 4- le 31^e jour qui suit la date de la retraite;
 - 5- le 31^e jour qui suit la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, sauf si telle cessation est pour cause de prise de préretraite totale ou pour la condition énoncée au sous-alinéa e) de l'alinéa D) Cessation des prestations de l'article **26.2 – DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 26 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**, ou le 31^e jour qui suit les 104 premières semaines d'invalidité totale si le participant devient totalement invalide après son 63^e anniversaire de naissance. Le participant devient alors admissible au régime d'assurance des retraités.
- B) L'assurance de toute personne à charge se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :
- 1- la date de terminaison de l'assurance vie de base du participant;
 - 2- la date où il cesse d'être une personne à charge aux termes de ce contrat.
- C) Nonobstant la terminaison de l'assurance du participant, l'Assureur verse toute prestation prévue au présent contrat pour les décès ou mutilations accidentelles du participant ou de ses personnes à charge survenus avant la date de terminaison et maintient l'assurance en vigueur, sans paiement de primes, pour tout participant qui a droit au paiement par l'Assureur des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

24.6 DROIT DE TRANSFORMATION

- A) Pendant que le présent contrat est en vigueur, tout participant dont l'assurance se termine parce qu'il quitte son emploi ou prend sa retraite, peut, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, obtenir de l'Assureur un contrat individuel d'assurance vie, sous réserve des dispositions suivantes :
- 1- le participant doit transmettre à l'Assureur au cours des 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;

- 2- le contrat individuel entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance en vertu du présent contrat;
- 3- la prime du contrat individuel est déterminée d'après l'âge du participant lors de l'entrée en vigueur du contrat individuel;
- 4- le montant d'assurance vie du contrat individuel ne peut être inférieur à ce que prévoit le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, ni supérieur à une (1) fois le traitement annuel du participant à la date de terminaison de son assurance s'il s'agit d'un participant sans personne à charge, ou à deux (2) fois ce même traitement annuel s'il s'agit d'un participant ayant un conjoint ou des enfants à charge.

Toutefois, lorsque le participant est admissible au régime des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, les montants pouvant être transformés en vertu du présent régime et du régime facultatif d'assurance vie additionnelle de la **CLAUSE 25 – RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE** sont réduits du montant maximal d'assurance vie disponible en vertu du régime d'assurance vie des retraités.

De plus, le montant d'assurance vie du contrat individuel qui sera émis à la suite de l'exercice du droit de transformation en vertu du présent régime et du régime facultatif d'assurance vie additionnelle de la **CLAUSE 25 – RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE** est limité à 500 000 \$;

- 5- le contrat individuel peut également inclure une garantie d'assurance mutilation accidentelle pour un montant n'excédant pas une (1) fois le traitement annuel du participant à la date de terminaison de son assurance.
- B) Au cours des 31 jours suivant la terminaison du présent contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout participant qui est assuré depuis au moins cinq (5) ans en vertu du présent contrat et dont l'assurance se termine à cause de la terminaison du contrat, peut obtenir, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui qui est décrit au paragraphe A), mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance qu'il détenait en vertu du présent contrat.
- C) Pendant que le présent contrat est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance se termine par suite du décès, de la cessation d'emploi ou de la retraite du participant, peut, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, obtenir de l'Assureur un contrat individuel d'assurance vie, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1- la personne à charge concernée doit transmettre à l'Assureur au cours des 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance prévue à l'article **24.5 – TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE** de la **CLAUSE 24**, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
- 2- le contrat individuel entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance en vertu du présent contrat;
- 3- la prime du contrat individuel est déterminée d'après l'âge de la personne à charge concernée lors de l'entrée en vigueur du contrat individuel;
- 4- le montant d'assurance vie du contrat individuel ne peut être inférieur au montant prévu par le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, ni supérieur au montant d'assurance vie suivant :

dans le cas du conjoint :

- 17 200 \$, s'il s'agit du conjoint d'un employé occupant un poste régulier à 70 % ou plus du temps complet;
- 8 600 \$, s'il s'agit du conjoint d'un employé occupant un poste régulier à plus de 25 % mais à moins de 70 % du temps complet.

dans le cas d'un enfant à charge :

- 5 000 \$, s'il s'agit d'un enfant à charge d'un employé occupant un poste régulier à 70 % ou plus du temps complet;
- 2 500 \$, s'il s'agit d'un enfant à charge d'un employé occupant un poste régulier à plus de 25 % mais à moins de 70 % du temps complet.

- D) Au cours des 31 jours suivant la terminaison du présent contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu au présent contrat, toute personne à charge qui est assurée depuis au moins cinq (5) ans en vertu du présent contrat et dont l'assurance se termine à cause de la terminaison du contrat, peut obtenir, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui qui est décrit au paragraphe C).

24.7 NIVEAU DES PRIMES

La prime du présent régime obligatoire de base d'assurance vie par période de deux (2) semaines est égale à la somme des primes exigibles pour chaque adhérent. La prime par période de deux (2) semaines pour chaque adhérent est égale à son traitement, tel

qu'établi le premier jour de chaque période de deux (2) semaines, multiplié par :

- **à compter de la première période de paie complète dont le début coïncide avec ou suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 :**

- assurance vie de base	:	0,00058
- assurance mutilation accidentelle	:	0,00006
- assurance vie des personnes à charge	:	0,00021

24.8 EXONÉRATION

- A) Aucune prime n'est payable pour tout participant qui devient totalement invalide à compter de la date où il a droit au paiement des prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée par l'Assureur, et ce, aussi longtemps que dure l'invalidité totale, que le contrat soit maintenu en vigueur ou non, si une demande d'exonération des primes ou de prestations d'assurance salaire est faite par écrit au siège social de l'Assureur dans les 27 mois qui suivent le commencement de la période d'invalidité totale. Pour les fins du présent alinéa, l'invalidité est réputée terminée à la première des dates suivantes :

- 1- la date à laquelle le participant atteint l'âge normal de la retraite;
- 2- la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur;
- 3- la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

- B) Tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

- C) La période au cours de laquelle une participante bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

24.9 DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Lorsque la protection d'un participant est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues à l'article **24.8 - EXONÉRATION** de la **CLAUSE 24** et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur, de recevoir une prestation d'invalidité égale à 25 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande du participant.

Le participant qui désire exercer ce droit doit fournir à l'Assureur les preuves démontrant :

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

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est réduit du montant du paiement anticipé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un (1) an, majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement du paiement anticipé, jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

CLAUSE 25 - RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

25.1 ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- A) Tout employé qui participait au régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévu au contrat antérieur lors de la terminaison de ce contrat est automatiquement protégé, à moins d'avis contraire de sa part, pour des montants de protection identiques à ceux détenus en vertu du contrat antérieur, à compter du 1^{er} janvier 1996, et ce, qu'il soit au travail ou non à cette date, sous réserve des dispositions prévues aux clauses intitulées « Interruption de travail », « Non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel » et « Dispositions transitoires ». Conséquemment, cet employé n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité ni à remplir de demande d'adhésion pour obtenir les montants de protection précités. Cependant, si l'employé est devenu totalement invalide et exonéré de primes pendant qu'il était encore assuré en vertu du contrat antérieur, aucune prestation n'est payable en vertu du présent contrat, pendant la continuation d'une invalidité totale ayant débuté avant la fin du contrat antérieur ou pendant une récurrence d'une telle invalidité survenant dans les 90 jours de la cessation de la première invalidité, à moins que dans le cas d'une telle récurrence, l'employé ait complété, après la fin du contrat antérieur, 30 jours de retour au travail à des fonctions d'une classe d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat.
- B) Tout employé déjà en fonction mais non assuré au 1^{er} janvier 1996, qui a complété sa période d'admissibilité à cette date, est admissible à l'assurance le 1^{er} janvier 1996, mais doit soumettre des preuves d'assurabilité à l'Assureur.
- C) Tout autre employé est admissible à un montant d'assurance vie additionnelle à la date à laquelle il est admis à l'assurance en vertu du régime obligatoire de base d'assurance vie.

- D) Tout employé qui désire s'assurer sans fournir de preuves d'assurabilité en vertu du présent contrat doit remplir une demande d'adhésion dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible à l'assurance.
- E) Même si la demande d'adhésion est présentée à l'intérieur de la période de 60 jours mentionnée au paragraphe précédent, tout employé âgé de 40 ans ou plus et de moins de 50 ans lors de son adhésion doit fournir des preuves d'assurabilité pour tout excédent de 152 900 \$. Si l'employé est âgé de 50 ans ou plus lors de son adhésion, il doit fournir des preuves d'assurabilité pour l'excédent de 63 700 \$.

Cette disposition ne s'applique pas à tout employé qui entre en fonction et qui occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public et parapublic et pour qui l'emploi antérieur a pris fin moins de 30 jours avant sa date d'entrée en fonction.

Nonobstant ce qui précède, des preuves d'assurabilité sont toujours exigées pour toute demande d'assurance vie additionnelle du participant excédant trois (3) fois le traitement annuel du participant, quel que soit son âge, et ce, même si la demande d'adhésion est présentée dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle l'employé devient admissible à l'assurance.

- F) Les montants mentionnés au paragraphe E) ci-dessus sont valides pour l'année 2015. Ces montants sont augmentés au 1^{er} janvier de chaque année d'un pourcentage d'augmentation égal au pourcentage d'indexation des rentes de retraite versées par le Régime de rentes du Québec, maximum 4 %.
- G) Tout employé qui ne complète pas sa demande d'adhésion dans les délais prescrits doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur, quel que soit son âge ou le montant pour lequel il désire s'assurer.
- H) Le montant d'assurance vie additionnelle pour lequel un employé n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité entre en vigueur à la date de réception par l'employeur de la demande d'adhésion dûment signée par l'employé.
- I) Tout montant d'assurance pour lequel un employé doit fournir des preuves d'assurabilité entre en vigueur à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves fournies.
- J) Tout employé actif et assuré en vertu du présent régime à titre de participant peut obtenir de l'assurance vie additionnelle pour son conjoint, sous réserve, dans tous les cas, de la production par l'employé et de l'acceptation par l'Assureur de preuves d'assurabilité. Ceux qui sont invalides, en congé sans traitement, ou en congé de maternité, ne peuvent obtenir cette assurance qu'à leur retour au travail.
- K) L'assurance vie additionnelle du conjoint entre en vigueur à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité dudit conjoint.

L) Pour autant qu'il satisfasse aux autres conditions prévues au présent contrat, un employé non titulaire d'un poste de plus de 25 % du temps complet, engagé sur une base temporaire (occasionnel) et pour une période prévue d'au moins un (1) an, est admissible à l'assurance :

- 1- après un (1) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet;
- 2- après trois (3) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps partiel.

L'employé visé ci-dessus qui occupe simultanément et chez le même employeur un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné, dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet, est admissible à l'assurance pour l'ensemble de sa prestation de travail et pour la durée d'emploi temporaire (occasionnel), après les délais précités. L'ensemble de sa prestation de travail détermine s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet ou à temps partiel. Le traitement utilisé dans la présente garantie correspond au traitement total provenant de l'ensemble de sa prestation de travail.

25.2 PRESTATIONS

- A) Le montant d'assurance payable au décès d'un participant est égal à une (1) fois, deux (2) fois, trois (3) fois, quatre (4) fois ou cinq (5) fois le traitement annuel du participant à la date de son décès, selon l'option choisie par le participant, sous réserve de l'acceptation des preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.
- B) Si le participant est totalement invalide lors de son décès, le traitement servant au calcul du montant d'assurance est déterminé de la façon décrite à la définition du traitement contenue à la **CLAUSE 1 - DÉFINITIONS**.
- C) Nonobstant ce qui précède, lorsque le montant d'assurance payable au décès d'un participant est limité parce que le participant n'a pu ou n'a pas voulu fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur, ce montant d'assurance est ajusté le 1^{er} janvier de chaque année, conformément aux dispositions du paragraphe F) de l'article **25.1 – ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE** de la **CLAUSE 25**.
- D) Le montant d'assurance payable au décès d'un conjoint assuré est égal à 1 à 10 unités de 10 000 \$, selon ce qui a été déterminé par le participant au moment de son adhésion à l'assurance vie additionnelle du conjoint.
- E) Aucune prestation n'est payable pour un assuré en vertu du présent régime en cas de suicide dudit assuré pour les montants de protection demandés plus de 60 jours

après la date d'admissibilité de l'assuré, si ledit assuré décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants additionnels de protection.

25.3 MODIFICATION

Tout participant, assuré pour une fois son traitement annuel, qui désire être assuré pour deux (2) fois, trois (3) fois, quatre (4) fois ou cinq (5) fois son traitement annuel, doit en faire la demande par écrit et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

L'augmentation du montant d'assurance, par suite d'un changement d'option, entre en vigueur à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité fournies.

Sauf pour un participant dont le montant d'assurance est limité parce qu'il n'a pu ou n'a pas voulu fournir de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur, un changement de traitement du participant entraîne une modification de son montant d'assurance, sous réserve que toute augmentation ou diminution des prestations et des primes, par suite du changement de traitement du participant, s'applique au participant, et ce, rétroactivement, s'il y a lieu, à la date effective dudit changement, pourvu qu'à cette date le participant ne soit pas totalement invalide depuis plus d'une semaine.

25.4 BÉNÉFICIAIRE

- A) Lors de la prise d'effet du présent contrat, tous les employés qui participaient au régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévu au contrat antérieur se voient automatiquement attribuer la « succession de l'adhérent » comme bénéficiaire.
- B) En l'absence de toute restriction légale, le participant peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance, sur avis écrit transmis au siège social de l'Assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent à ce dernier.
- C) L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.
- D) Le montant d'assurance payable au décès du conjoint est versé au participant s'il est vivant, sinon aux héritiers légaux du conjoint décédé.

25.5 DEMANDE DE PRESTATIONS ET PREUVES DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ TOTALE

- A) Toute demande de prestations en vertu du présent régime doit être transmise par écrit à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès.
- B) Le participant ou ses ayants droit, selon le cas, doivent fournir à l'Assureur, dans les 90 jours qui suivent la date du décès, des preuves du décès, incluant un rapport

médical, et des preuves de l'âge et du traitement annuel du participant ainsi que tout autre renseignement nécessaire au règlement de la demande de prestations.

- C) À compter de la fin de la première semaine d'invalidité totale du participant, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais le participant totalement invalide, par le médecin qu'il désigne.
- D) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le règlement de toute prestation, pourvu que la demande de prestations soit transmise et les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. **Cependant**, en aucun cas la demande de prestations ne doit être transmise, ni les preuves et les renseignements fournis, **plus d'un (1) an** après la date du décès, ni plus de 27 mois après la date de terminaison du présent contrat.

25.6 TERMINAISON DE L'ASSURANCE

- A) L'assurance de tout participant se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :
 - 1- la date de terminaison du présent contrat;
 - 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce participant;
 - 3- la date de réception par l'employeur de la demande du participant signifiant son intention de réduire ou mettre fin à la protection accordée en vertu du régime facultatif d'assurance vie additionnelle. Dans le cas d'une réduction de protection, seul le montant conservé par le participant demeure en vigueur;
 - 4- le 31^e jour qui suit la date où il cesse d'être un employé pour une autre raison que la retraite;
 - 5- le 31^e jour qui suit la date de la retraite;
 - 6- le 31^e jour qui suit la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, sauf si telle cessation est pour cause de prise de préretraite totale ou pour la condition énoncée au sous-alinéa e) de l'alinéa D) Cessation des prestations de l'article 26.2 – **DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 26 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**, ou le 31^e jour qui suit les 104 premières semaines d'invalidité totale si le participant devient totalement invalide après son 63^e anniversaire de naissance.

- B) L'assurance de tout conjoint se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :
- 1- la date de la fin de l'assurance du participant;
 - 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce conjoint;
 - 3- la date de réception par l'employeur de la demande du participant signifiant son intention de réduire ou mettre fin à la protection accordée au conjoint en vertu du régime facultatif d'assurance vie additionnelle. Dans le cas d'une réduction de protection, seul le montant conservé par le participant pour le conjoint demeure en vigueur;
 - 4- la date à laquelle cette personne cesse d'être le conjoint du participant aux termes de ce contrat.
- C) Nonobstant la terminaison de l'assurance, l'Assureur verse toute prestation prévue au présent contrat pour les décès survenus avant la date de terminaison et maintient l'assurance en vigueur, sans paiement de primes, pour tout participant devenu totalement invalide avant la date de terminaison.

25.7 DROIT DE TRANSFORMATION

- A) Pendant que le présent contrat est en vigueur, tout participant dont l'assurance se termine parce qu'il quitte son emploi, ou prend sa retraite, peut, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, obtenir de l'Assureur un contrat individuel d'assurance vie, sous réserve des dispositions suivantes :
- 1- le participant doit transmettre à l'Assureur au cours des 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
 - 2- le contrat individuel entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance en vertu du présent contrat;
 - 3- la prime du contrat individuel est déterminée d'après l'âge du participant lors de l'entrée en vigueur du contrat individuel;
 - 4- le montant d'assurance vie du contrat individuel ne peut être inférieur au montant prévu par le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, ni supérieur au montant que le participant détenait avant la terminaison de son assurance, sous réserve d'un maximum de trois (3) fois le traitement annuel du participant à la date de terminaison de son assurance, s'il s'agit d'un participant ayant un conjoint ou des enfants à charge, ou de quatre (4) fois ce même traitement, s'il s'agit d'un participant sans personne à charge.

Toutefois, lorsque le participant est admissible au régime des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, les montants pouvant être transformés en vertu du présent régime et du régime obligatoire de base d'assurance vie de la **CLAUSE 24 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE** sont réduits du montant maximal d'assurance vie disponible en vertu du régime d'assurance vie des retraités.

De plus, le montant d'assurance vie du contrat individuel qui sera émis à la suite de l'exercice du droit de transformation en vertu du présent régime et du régime obligatoire de base d'assurance vie de la **CLAUSE 24 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE** est limité à 500 000 \$.

- B) Au cours des 31 jours suivant la terminaison du présent contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout participant qui est assuré depuis au moins cinq (5) ans en vertu du présent contrat, et dont l'assurance se termine à cause de la terminaison du contrat, peut obtenir, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui qui est décrit au paragraphe A), mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance qu'il détenait en vertu du présent contrat.
- C) Pendant que le présent contrat est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance se termine par suite du décès, de la cessation d'emploi ou de la retraite du participant, peut, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, obtenir de l'Assureur un contrat individuel d'assurance vie, sous réserve des dispositions suivantes :
- 1- la personne à charge concernée doit transmettre à l'Assureur au cours des 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance prévue à l'article **25.6 – TERMINAISON DE L'ASSURANCE** de la **CLAUSE 25**, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
 - 2- le contrat individuel entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance en vertu du présent contrat;
 - 3- la prime du contrat individuel est déterminée d'après l'âge de la personne à charge concernée lors de l'entrée en vigueur du contrat individuel;
 - 4- le montant d'assurance vie du contrat individuel ne peut être inférieur au montant prévu par le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, ni supérieur au montant d'assurance vie accordé à cette personne à charge en vertu du présent régime. Toutefois, lorsque le participant est admissible à un autre régime d'assurance collective, les montants pouvant être transformés en vertu du présent régime et du régime obligatoire de base d'assurance vie de la **CLAUSE 24 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE** sont

réduits du montant maximal d'assurance vie prévu pour cette personne à charge dans l'autre régime d'assurance collective auquel le participant est devenu admissible au moment où la personne à charge concernée exerce le droit de transformation.

- D) Au cours des 31 jours suivant la terminaison du présent contrat, si ce contrat n'est pas remplacé, ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu au présent contrat, toute personne à charge qui est assurée depuis au moins 5 ans en vertu du présent contrat, et dont l'assurance se termine à cause de la terminaison du contrat, peut obtenir, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui qui est décrit au paragraphe C).

25.8 NIVEAU DES PRIMES

La prime du présent régime par période de deux (2) semaines est égale à la somme des primes exigibles pour chaque adhérent.

La prime par période de deux (2) semaines pour l'assurance de tout adhérent est égale à son traitement par période de deux (2) semaines le premier jour de chaque période, multiplié par le pourcentage indiqué au TABLEAU DES TAUX DE PRIMES DE L'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT. Cette prime est payable par l'adhérent.

Les taux de primes applicables depuis la première période de paie complète qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 sont les suivants :

TABLEAU DES TAUX DE PRIMES DE L'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT *

TAUX EN POURCENTAGE DU TRAITEMENT POUR UNE FOIS LE TRAITEMENT **

Groupe d'âge de l'adhérent	Fumeur		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 35 ans	0,034 %	0,023 %	0,018 %	0,008 %
35 à 39 ans	0,052 %	0,037 %	0,023 %	0,021 %
40 à 44 ans	0,078 %	0,070 %	0,037 %	0,034 %
45 à 49 ans	0,128 %	0,102 %	0,068 %	0,052 %
50 à 54 ans	0,217 %	0,164 %	0,125 %	0,094 %
55 ans ou plus	0,342 %	0,237 %	0,232 %	0,167 %

**TAUX PAR PÉRIODE DE 14 JOURS
PAR 1 000 \$ D'ASSURANCE**

Groupe d'âge de l'adhérent	Fumeur		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 35 ans	0,013 \$	0,009 \$	0,007 \$	0,003 \$
35 à 39 ans	0,020 \$	0,014 \$	0,009 \$	0,008 \$
40 à 44 ans	0,030 \$	0,027 \$	0,014 \$	0,013 \$
45 à 49 ans	0,049 \$	0,039 \$	0,026 \$	0,020 \$
50 à 54 ans	0,083 \$	0,063 \$	0,048 \$	0,036 \$
55 ans ou plus	0,131 \$	0,091 \$	0,089 \$	0,064 \$

* Ces taux n'incluent pas la taxe provinciale de vente de 9 %.

** Lorsque le montant d'assurance d'un adhérent est égal à un multiple différent d'une fois le traitement annuel, le taux de primes est obtenu en multipliant le pourcentage prévu au TABLEAU DES TAUX DE PRIMES ci-dessus pour une fois le traitement par ce multiple.

La prime par période de paie pour l'assurance de tout conjoint est calculée selon l'âge de l'adhérent d'après le TABLEAU DES TAUX DE PRIMES DE L'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT. Cette prime est payable par l'adhérent.

Depuis la première période de paie complète qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 :

**TABLEAU DES TAUX DE PRIMES DE
L'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT ***

**TAUX PAR PÉRIODE DE 14 JOURS
PAR 10 000 \$ D'ASSURANCE ****

Groupe d'âge de l'adhérent	Fumeur		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 35 ans	0,13 \$	0,09 \$	0,07 \$	0,03 \$
35 à 39 ans	0,20 \$	0,14 \$	0,09 \$	0,08 \$
40 à 44 ans	0,30 \$	0,27 \$	0,14 \$	0,13 \$
45 à 49 ans	0,49 \$	0,39 \$	0,26 \$	0,20 \$
50 à 54 ans	0,83 \$	0,63 \$	0,48 \$	0,36 \$
55 ans ou plus	1,31 \$	0,91 \$	0,89 \$	0,64 \$

* Ces taux n'incluent pas la taxe provinciale de vente de 9 %.

****** Les taux sont établis en fonction du sexe et des habitudes tabagiques du conjoint, mais selon l'âge de l'adhérent.

Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

25.9 EXONÉRATION

Aucune prime n'est payable pour tout participant qui devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, après qu'il a été totalement invalide de façon continue pendant une (1) semaine, aussi longtemps que dure l'invalidité totale, que le contrat soit maintenu en vigueur ou non, si une demande d'exonération des primes ou de prestations d'assurance salaire est faite par écrit au siège social de l'Assureur dans les neuf (9) mois qui suivent le commencement de la période d'invalidité totale. Pour les fins du présent alinéa, l'invalidité totale est réputée terminée à la première des dates suivantes :

- A) la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée ou après les 104 premières semaines d'invalidité totale, si le participant devient totalement invalide après son 63^e anniversaire de naissance;
- B) la date à laquelle le participant n'est plus totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi comportant une rémunération similaire;
- C) la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur.

Tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

La période au cours de laquelle une participante bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

25.10 DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Lorsque la protection d'un participant est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues à l'article **25.9 – EXONÉRATION** de la présente clause et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur, de recevoir une prestation d'invalidité égale à 25 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande du participant.

Le participant qui désire exercer ce droit doit fournir à l'Assureur les preuves démontrant :

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

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est réduit du montant du paiement anticipé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un (1) an, majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

CLAUSE 26 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

26.1 ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- A) Tout employé qui participait au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée prévu au contrat antérieur lors de la terminaison de ce contrat est admis au présent régime à compter du 1^{er} janvier 1996, et ce, qu'il soit au travail ou non à cette date, sous réserve des dispositions prévues aux clauses intitulées « Interruption de travail », « Non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel », « Dispositions transitoires » et au paragraphe D) ci-après.
- B) À moins de stipulations contraires, tout employé qui entre en fonction le 1^{er} janvier 1996 ou après est admis à l'assurance, pourvu qu'il soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être :
 - 1- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps complet;
 - 2- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction, sinon à la date de son retour au travail, dans le cas d'un employé à temps partiel;étant entendu que la date d'admissibilité d'un employé ne peut pas être antérieure à la date d'adhésion de son employeur au présent régime.
- C) Nonobstant le paragraphe précédent, tout employé qui entre en fonction et qui occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public ou parapublic et pour qui l'emploi antérieur avait pris fin moins de 30 jours avant la date de son entrée en fonction, est admissible à l'assurance à la date de

son entrée en fonction, pourvu qu'il fournisse alors la preuve de son emploi antérieur.

- D) Pour tout employé qui est devenu totalement invalide pendant qu'il était encore assuré en vertu du contrat antérieur, aucune prestation n'est payable en vertu du présent contrat, pendant la continuation d'une invalidité totale ayant débuté avant la fin du contrat antérieur ou pendant une récurrence d'une telle invalidité survenant dans les 90 jours de la cessation de la première invalidité, à moins que dans le cas d'une telle récurrence, l'employé ait complété, après la fin du contrat antérieur, 30 jours de retour au travail à des fonctions d'une classe d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat.
- E) Pour autant qu'il satisfasse aux autres conditions prévues au présent contrat, un employé non titulaire d'un poste de plus de 25 % du temps complet, engagé sur une base temporaire (occasionnel) et pour une période prévue d'au moins un (1) an est admissible à l'assurance :
- 1- après un (1) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet;
 - 2- après trois (3) mois de service continu, s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps partiel.

L'employé visé ci-dessus qui occupe simultanément et chez le même employeur un poste de cadre, de hors-cadre ou d'employé désigné dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine régulière de l'employé à temps complet est admissible à l'assurance pour l'ensemble de sa prestation de travail et pour la durée d'emploi temporaire (occasionnel), après les délais précités. L'ensemble de sa prestation de travail détermine s'il s'agit d'un employé embauché comme employé à temps complet ou à temps partiel. Le traitement utilisé dans la présente garantie correspond au traitement total provenant de l'ensemble de sa prestation de travail.

26.2 DESCRIPTION DU RÉGIME

A) Début des prestations

Lorsqu'un participant devient totalement invalide, il a droit, à compter de la 105^e semaine d'invalidité totale, à une prestation mensuelle payable tant que dure la période d'invalidité totale, dans la mesure où il était assuré par le présent régime à la date du début de l'invalidité totale. Pour les fins des présentes, l'invalidité totale commence à la date de l'arrêt de travail du participant en raison de l'invalidité totale et est réputée terminée à la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur. À cet égard, lorsque l'Assureur refuse de verser des prestations ou décide de mettre fin aux prestations d'un participant parce qu'il ne considère pas ou ne reconnaît plus

ce dernier atteint d'invalidité totale au sens du présent contrat, il doit transmettre un avis écrit en ce sens au participant, avec copie à l'employeur, au secrétaire du comité sectoriel et au Secrétariat du Conseil du trésor.

Dans le cas où le participant reçoit effectivement des prestations en vertu du présent régime, cet avis doit être transmis au moins 90 jours avant la date de prise d'effet de la cessation des prestations. En cas de désaccord, les dispositions prévues à la convention d'arbitrage médical s'appliquent.

B) Montant des prestations

Le montant mensuel de cette prestation est égal à 65 % du traitement mensuel du participant à la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale.

Le montant de la prestation payable mensuellement est égal au montant défini précédemment, réduit de tout montant brut de la rente mensuelle d'invalidité payée au participant en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec, de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe au participant de faire la preuve qu'il n'a nullement droit à des indemnités provenant de telles sources.

De plus, le montant de la prestation mensuelle payable en vertu du présent régime est réduit de tout montant brut de la rente mensuelle d'invalidité ou de retraite que reçoit effectivement le participant en vertu du régime de retraite de l'employeur et de la rente mensuelle de retraite effectivement payée au participant par le Régime de rentes du Québec.

La réduction de la prestation en fonction des autres sources de revenus prévues à la présente clause est établie d'après le montant mensuel de chacune des différentes rentes payées au participant après la 104^e semaine d'invalidité totale, sans égard à leur indexation au coût de la vie ultérieurement à la 104^e semaine d'invalidité totale.

En plus de la prestation payable décrite précédemment, l'Assureur verse au régime de retraite de l'employeur auquel le participant cotisait, la cotisation mensuelle que le participant devrait normalement y verser sur la base du traitement utilisé pour le versement des cotisations au régime de retraite, tel que défini au présent contrat. Le versement de cette cotisation par l'Assureur débute à la même date ou, le cas échéant, à la date à compter de laquelle le participant cesse d'être exonéré du paiement de cette cotisation en vertu de son régime de retraite. Le versement par l'Assureur de cette cotisation cesse en même temps que se termine le paiement de la prestation décrite précédemment. De plus, l'Assureur déclare à la CARRA le traitement utilisé pour le versement des cotisations au régime de retraite.

Lorsqu'un participant au RREGOP, au RRAPSC ou au RRPE, bénéficiaire de prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et répondant aux conditions d'admission à l'égard d'un employé **atteint d'une maladie en phase terminale** en vertu des dispositions du RREGOP, du RRAPSC ou du RRPE, demande le remboursement de ses cotisations accumulées avec intérêts ou de la valeur présente de sa rente de retraite, l'Assureur cesse le versement de la cotisation du participant au RREGOP, au RRAPSC ou au RRPE à compter de la date de réception par la CARRA de la demande de remboursement du participant. Les dispositions applicables en cas de guérison partielle sont établies de façon ad hoc.

Dans le cas où un participant effectue, dans le cadre de son plan de réadaptation, un retour au travail sur une base progressive, le montant de la prestation est réduit d'un pourcentage égal à la proportion que représente la période effective de travail sur la période normale de travail au début de l'invalidité.

C) **Indexation des prestations**

Le montant de la prestation payable en vertu de ce régime est ajusté le 1^{er} janvier de chaque année civile qui suit par plus de six (6) mois la date du début du versement des prestations, selon le pourcentage correspondant au moins élevé entre :

- l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4) de la Fonction publique qui est applicable à l'égard de l'année qui précède le 1^{er} janvier concerné;
- et
- 5 %.

La prestation payable peut être révisée lorsque l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres est effectuée de façon rétroactive.

La cotisation mensuelle au régime de retraite de l'employeur que doit verser l'Assureur au nom du participant n'est pas visée par les présentes dispositions d'indexation des prestations.

D) **Cessation des prestations**

Il y a cessation du versement des prestations en vertu du présent régime à la première des dates suivantes :

- a) la date du 65^e anniversaire de naissance du participant;

- b) la date où le participant devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle comptant au moins 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de son employeur (32 années si le régime de retraite est le RRAPSC) ou à un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la pension de ce régime;
- c) la date où le participant devient admissible à une rente de retraite réduite actuariellement, dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de son employeur ou, dans le cas du RRAPSC, 32 années de service créditées;
- d) la date de la prise de la retraite ou de la préretraite totale;
- e) la date où cesse l'invalidité totale, sous réserve des dispositions prévues à la convention d'arbitrage médical.

Les cotisations au régime de retraite de l'employeur cessent à la même date que celles stipulées ci-haut, mais sans excéder la date où le participant reçoit effectivement une rente d'invalidité ou de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

26.3 EXCLUSIONS

L'assurance en vertu du présent contrat ne s'applique pas à tout participant qui subit un accident ou contracte une maladie :

- A) par suite de son fait intentionnel, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- B) pendant qu'il est en service actif pour le compte des forces armées;
- C) par suite de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
- D) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile. Cette dernière exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre, des actes de guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que l'assuré prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.

Le présent régime ne couvre aucune période d'invalidité pendant laquelle le participant n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'Assureur.

26.4 DEMANDE DE PRESTATIONS ET PREUVES

- A) Toute demande de prestations en vertu du présent contrat doit être transmise par écrit à l'Assureur au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations d'assurance salaire de longue durée deviennent payables.
- B) Des preuves satisfaisantes relatives à la cause et à la durée de l'invalidité totale, incluant un rapport médical, doivent être fournies à l'Assureur dans les 180 jours qui suivent la date à laquelle des prestations d'assurance salaire de longue durée deviennent payables.
- C) À l'occasion d'une demande de prestations, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner, à ses frais, le participant totalement invalide, par le médecin qu'il désigne.
- D) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le règlement de toute prestation, pourvu que la demande de prestations soit transmise et les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. **Cependant**, en aucun cas la demande de prestations ne doit être transmise, ni les preuves et les renseignements fournis **plus d'un (1) an** après la date à laquelle des prestations d'assurance salaire de longue durée deviennent payables, ni plus de 27 mois après la date de terminaison du présent contrat.

26.5 TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT

L'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 1- la date de terminaison du présent contrat;
- 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce participant;
- 3- la date à laquelle il cesse d'être un employé;
- 4- la date de la retraite ou de la préretraite totale;
- 5- la date à laquelle le participant actif atteint l'âge de 63 ans. Le participant invalide à ou avant cet âge continue de recevoir des prestations jusqu'à l'âge normal de la retraite, selon les dispositions du contrat.

26.6 PROLONGATION

Nonobstant les alinéas 1-, 2- et 3- de l'article **26.5 – TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT** de la présente clause, l'Assureur verse toute prestation décrite à l'article **26.2 – DESCRIPTION DU RÉGIME** à tout participant qui est devenu totalement invalide avant la date de terminaison et qui satisfait alors aux termes du présent contrat, et maintient en vigueur l'assurance de ce participant, sans paiement de primes.

26.7 NIVEAU DES PRIMES

La prime du présent régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée par période de deux (2) semaines est égale à la somme des primes exigibles pour chaque adhérent. La prime par période de deux (2) semaines pour chaque adhérent est égale à son traitement, tel qu'établi le premier jour de chaque période de deux (2) semaines, multiplié par :

- à compter de la première période de paie complète qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 :

0,00558.

26.8 EXONÉRATION

- A) Aucune prime n'est payable pour tout participant qui devient totalement invalide, à compter de la date où il a droit au paiement des prestations décrites à l'article **26.2 – DESCRIPTION DU RÉGIME** et aussi longtemps que dure l'invalidité totale, que le contrat soit maintenu en vigueur ou non, si une demande d'exonération des primes ou une demande de prestations est faite par écrit au siège social de l'Assureur dans les 27 mois qui suivent le commencement d'une telle période d'invalidité totale.
- B) Pour les fins de l'exonération des primes, l'invalidité totale est réputée terminée à la première des dates suivantes :
 - 1- la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur;
 - 2- la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations d'assurance salaire de longue durée en vertu du présent régime.
- C) Tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.
- D) La période au cours de laquelle une participante bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

CLAUSE 27 - RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

27.1 ADMISSIBILITÉ ET PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Les conditions d'admissibilité, de participation et de prise d'effet de l'assurance du régime

complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée sont identiques aux conditions applicables au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

27.2 DÉFINITION D'« INVALIDITÉ »

Pour les fins du présent régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, l'expression « invalidité » se réfère à la définition d'invalidité totale prévue aux conditions de travail qui lient le participant à son employeur durant les 104 premières semaines d'invalidité. La définition d'« invalidité totale » prévue aux fins du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée demeure applicable à l'ensemble du présent contrat, incluant la présente clause.

27.3 DESCRIPTION DU RÉGIME

A) Admissibilité

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée a pour but d'apporter un complément de traitement au participant qui a complété avec succès ou est en cours de réalisation d'un plan de réadaptation approuvé par l'Assureur, tel que défini à la **CLAUSE 28 – PROGRAMME DE RÉADAPTATION** ou dont le rapport d'évaluation de ses besoins en réadaptation réalisé au cours de ce même plan conclut qu'il n'en a effectivement pas besoin, et qui :

- occupe l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par l'Assureur,
- ou
- est en période d'assignation temporaire sur un poste pour une durée n'excédant pas 12 mois.

B) Début des prestations

Dans la mesure où le participant est admissible aux prestations du présent régime et est assuré par le présent régime à la date où il devient invalide et

- au cours des 104 premières semaines d'invalidité, tant qu'il satisfait à la définition d'« invalidité totale » prévue aux conditions de travail qui lient le participant à son employeur, tout en ne se qualifiant pas à la définition d'invalidité totale prévue au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée,
- ou
- après les 104 premières semaines d'invalidité, s'il ne se qualifie pas ou ne se qualifie plus à la définition d'invalidité totale prévue au régime obligatoire de

base d'assurance salaire de longue durée,

il a droit aux prestations stipulées à la présente clause durant chacune des périodes suivantes :

- i) lorsque le participant a réussi son plan de réadaptation, la période au cours de laquelle il occupe de façon permanente l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par l'Assureur;
- ii) la période de retour progressif au travail prévu au plan de réadaptation;
- iii) la période au cours de laquelle il occupe un poste en assignation temporaire pour une période n'excédant pas 12 mois.

Les prestations prévues à la présente clause ne peuvent cependant en aucun temps débiter avant qu'une période de 104 semaines ne se soit écoulée depuis le début de l'invalidité.

Le participant n'est pas admissible aux prestations prévues à la présente clause pendant toute période où il est en attente d'un emploi de réadaptation, à l'exception des protections d'assurance spécifiquement prévues à l'alinéa iii) du paragraphe C) **Prestations** ci-après.

C) **Prestations**

- i) Le montant de la rente payable mensuellement est égal à 95 % du traitement brut du participant au début de l'invalidité moins le traitement lié à l'emploi de réadaptation ou au poste occupé en période d'assignation temporaire, selon le cas.

Le traitement lié à l'emploi de réadaptation ou au poste occupé en période d'assignation temporaire est égal au plus élevé :

- 1- du traitement provenant de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en période d'assignation temporaire du participant, sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité;
- 2- du montant initial des prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée qui auraient été autrement payables si le participant y avaient eu droit, sans toutefois excéder 58 000 \$ annuellement.

En tout temps, la rente versée en vertu du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée ne peut excéder 30 000 \$ sur base annuelle d'un employé à temps complet.

Lorsqu'un participant, dans le cadre de son plan de réadaptation, occupe un emploi sur une base progressive, le montant de la rente est établi au prorata du temps effectivement rémunéré dans l'emploi de réadaptation par rapport au temps rémunéré sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité.

L'Assureur déduit de la rente payable et verse au régime de retraite de l'Employeur la cotisation requise du participant à ce même régime.

- ii) En plus de la rente payable selon le point i) précédent, l'Assureur :
- calcule et verse au régime de retraite de l'Employeur la cotisation requise de l'employeur à ce régime qui est égale à la cotisation de l'employé;
 - calcule et verse au régime de rentes de survivants de l'Employeur la prime requise, conformément aux ententes intervenues à cet effet.

Dans tous les cas, le niveau de cotisation ou de primes est établi sur la base du montant de rente mensuelle effectivement versée par le présent régime, selon les dispositions prévues au point i) précédent et à compter de la même date.

- iii) En plus des prestations payables décrites aux points i) et ii) précédents et à compter de la même date, l'Assureur accorde au participant, sans paiement de primes, les protections d'assurance vie et de mutilation accidentelle de l'adhérent prévues aux régimes obligatoire de base d'assurance vie et facultatif d'assurance vie additionnelle, conditionnellement et selon les dispositions prévues à ces régimes.

Le traitement annuel utilisé pour déterminer le montant de protection accordé sans paiement de primes en vertu des présentes est égal à 12 fois la rente mensuelle payable en vertu du présent régime, selon les dispositions prévues au point i) précédent ou qui serait payable dans le cas d'un participant en attente d'un emploi de réadaptation ou de la décision du tribunal d'arbitrage.

Relativement au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le nombre d'unités de protection accordé correspond, s'il en est, au nombre effectivement détenu par le participant au début de l'invalidité.

D) **Indexation des prestations**

Aucune indexation ne s'applique aux prestations prévues au présent régime.

E) **Suspension des prestations**

Les prestations du présent régime sont suspendues pendant la période au cours de laquelle le participant prend un congé sans traitement pendant qu'il occupe un emploi de réadaptation approuvé par l'Assureur.

F) **Cessation des prestations**

Dans tous les cas, l'engagement de l'Assureur à verser des prestations en vertu du présent régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée se termine à la première des dates suivantes :

- 1- la date du 65^e anniversaire de naissance du participant;
- 2- la date où le participant devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle comptant au moins 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de son employeur (32 années si le régime de retraite est le RRAPSC) ou à un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la pension de ce régime;
- 3- la date où le participant devient admissible à une rente de retraite réduite actuariellement, dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de son employeur, ou dans le cas du RRAPSC, 32 années de service créditées;
- 4- la date de la prise de la retraite;
- 5- la date où le participant complète une période d'assignation temporaire de 12 mois et n'occupe toujours pas, à cette date, un emploi de réadaptation approuvé par l'Assureur. Dans un tel cas, l'Assureur informe le comité sectoriel avant de cesser le versement des prestations;
- 6- la date de la cessation d'un emploi de réadaptation approuvé par l'Assureur ou de tout autre emploi suivant, sans période d'interruption, cet emploi de réadaptation;
- 7- la date où la rente payable sur base annuelle établie conformément à l'alinéa i) du paragraphe C) **Prestations** de l'article 27.3 – **DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 27** devient inférieure à 5 % du traitement du participant au début de son invalidité.

27.4 EXCLUSIONS

L'assurance en vertu du présent contrat ne s'applique pas à tout participant qui subit un accident ou contracte une maladie :

- A) par suite de son fait intentionnel, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- B) pendant qu'il est en service actif pour le compte des forces armées;
- C) par suite de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
- D) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

27.5 DEMANDE DE PRESTATIONS ET PREUVES

- A) Toute demande de prestations en vertu du présent régime doit être transmise par écrit à l'Assureur au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations du présent régime deviennent payables.
- B) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements demandés par l'Assureur dans les délais prévus à la présente clause ou selon les dispositions prévues au programme de réadaptation décrit à la **CLAUSE 28** prive le participant du droit de retirer des prestations en vertu du présent régime relativement à l'invalidité en cause. **Cependant**, le défaut de l'Employeur de soumettre à l'Assureur le dossier du participant invalide à l'intérieur d'une période de **six (6) mois** suivant immédiatement le début de l'invalidité du participant concerné ne peut être invoqué par l'Assureur pour refuser le versement des prestations du présent régime.

27.6 TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT

L'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 1- la date de terminaison du présent contrat;
- 2- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce participant;
- 3- la date à laquelle il cesse d'être un employé;
- 4- la date de la préretraite totale;
- 5- la date de la retraite;

- 6- la date à laquelle le participant actif atteint l'âge de 63 ans, étant entendu que le participant invalide continue de recevoir des prestations jusqu'à la date de cessation des prestations prévue au paragraphe F) **Cessation des prestations** de l'article 27.3 – **DESCRIPTION DU RÉGIME** de la présente clause.

27.7 PROLONGATION

Nonobstant les alinéas 1-, 2-, 3- et 4- de l'article 27.6 – **TERMINAISON DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT** de la présente clause, l'Assureur verse toute prestation décrite à l'article 27.3 – **DESCRIPTION DU RÉGIME** à tout participant qui est devenu invalide avant la date de terminaison et qui satisfait alors aux termes du présent contrat et maintient en vigueur l'assurance de ce participant, sans paiement de primes.

27.8 NIVEAU DES PRIMES

La prime du présent régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée par période de deux (2) semaines est égale à la somme des primes exigibles pour chaque adhérent. La prime par période de deux (2) semaines pour chaque adhérent est égale à son traitement, tel qu'établi le premier jour de chaque période de deux (2) semaines, multiplié par :

- à compter de la première période de paie complète qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 1^{er} janvier 2015 :

0,00015.

27.9 EXONÉRATION

Aucune prime n'est payable pour tout participant qui devient totalement invalide alors que son assurance est en vigueur et après qu'il eut été invalide de façon continue pendant plus d'une semaine et aussi longtemps que dure l'invalidité totale, que le contrat soit maintenu en vigueur ou non, si une demande d'exonération des primes ou une demande de prestations est faite par écrit au siège social de l'Assureur dans les 27 mois qui suivent le commencement d'une telle période d'invalidité totale. Pour les fins du présent alinéa, l'invalidité totale est réputée terminer à la première des dates suivantes :

- A) la date à laquelle le participant n'est plus totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi comportant une rémunération similaire;
- B) la date à laquelle le participant ne fournit pas ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale qui soient satisfaisantes pour l'Assureur;
- C) la date à laquelle le participant cesse de recevoir des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

Tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

La période au cours de laquelle une participante bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

27.10 SURVENANCE D'UNE NOUVELLE INVALIDITÉ

Lorsqu'un participant est atteint d'une invalidité totale ouvrant droit aux prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée décrit à la **CLAUSE 26** du présent contrat alors qu'il reçoit déjà ou qu'il s'est qualifié à recevoir des prestations en vertu du présent régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, le montant initial total de prestations d'assurance salaire de longue durée qu'il est en droit de recevoir en vertu du présent contrat consécutivement à cette invalidité totale est établi en deux parties, de la façon suivante :

- des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée deviennent payables à compter de la 105^e semaine d'invalidité totale, selon les dispositions applicables à cette invalidité totale telles que prévues à la **CLAUSE 26 - RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**. Le traitement de l'emploi de réadaptation occupé par le participant le jour précédant la date du début de l'invalidité totale est réputé être le traitement au début de l'invalidité;
- la rente que recevait le participant en vertu du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée le jour précédant la date du début de l'invalidité totale ou celle qu'il s'était qualifié à recevoir à compter de sa 105^e semaine d'invalidité en vertu de ce même régime est maintenue selon les modalités initialement prévues. À cette fin, le traitement de l'emploi de réadaptation occupé par le participant le jour précédant la date du début de l'invalidité totale est ajusté par la suite selon les modalités applicables à un « participant totalement invalide » prévues à la définition de « Traitement » de la **CLAUSE 1 - DÉFINITIONS**. Les autres bénéfices associés au versement de cette rente et décrits aux alinéas ii) et iii) du paragraphe C) **Prestations** de l'article **27.3 – DESCRIPTION DU RÉGIME** de la présente clause demeurent en vigueur et sont assumés par l'Assureur.

SECTION C : PROGRAMME DE RÉADAPTATION

La **CLAUSE 28** traite du programme de réadaptation.

CLAUSE 28 - PROGRAMME DE RÉADAPTATION

28.1 OBJECTIFS

Le programme vise à instaurer des conditions favorables permettant à l'employé invalide d'occuper un emploi de réadaptation. Un emploi de réadaptation est un emploi que l'employé est raisonnablement apte à occuper, compte tenu de son éducation, de son entraînement et de son expérience. Il doit être conforme aux conditions de travail de chacun des secteurs applicables à cet égard. De plus, il doit comporter le même nombre d'heures de travail que l'emploi occupé au début de l'invalidité. **Cet emploi doit se situer à l'intérieur du plan de réadaptation approuvé par l'Assureur.**

Pour les fins du présent programme, l'expression « invalidité » se réfère à la définition d'invalidité totale prévue aux conditions de travail qui lient le participant à son employeur durant les 104 premières semaines d'invalidité.

28.2 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Tout employé assuré ou non en vertu du présent contrat, dont l'invalidité débute après le 31 mars 1994 et perdure depuis plus de six (6) mois, est admissible au présent programme de réadaptation, dans la mesure où :

- au cours des 104 premières semaines d'invalidité, l'Assureur considère que l'employé concerné est susceptible de ne pas répondre après sa 104^e semaine d'invalidité à la définition d'invalidité totale s'appliquant au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée;

ou

- après la 104^e semaine d'invalidité, l'employé concerné ne satisfait pas à la définition d'invalidité totale s'appliquant au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée. De plus, l'employé sous prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée, qui cesse de satisfaire à la définition d'invalidité totale de ce régime, devient immédiatement admissible au programme de réadaptation (sauf s'il a refusé d'y participer auparavant selon les modalités de l'article **28.4 – REFUS DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE RÉADAPTATION**). Dans un tel cas, sa participation doit débuter durant la période de 90 jours visée par le préavis que lui a transmis l'Assureur, lequel préavis est prévu au paragraphe A) **Début des prestations** de l'article **26.2 – DESCRIPTION DU RÉGIME** de la **CLAUSE 26 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**.

N'est pas admissible au programme de réadaptation :

- l'employé dont l'invalidité a débuté moins de 104 semaines avant son 65^e anniversaire de naissance ou moins de 104 semaines avant son admissibilité à

une rente de retraite établie aux alinéas b) et c) du paragraphe D) **Cessation des prestations** de l'article 26.2 – DESCRIPTION DU RÉGIME de la **CLAUSE 26 – RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**;

- l'employé pour qui, selon l'évaluation de l'Assureur ou du médecin traitant, le retour au travail ne nécessite pas de plan de réadaptation;
- l'employé pour qui, selon l'évaluation de l'Assureur, il n'y a pas de retour possible au travail;
- l'employé qui, selon l'évaluation de l'Assureur, n'est pas apte à la réadaptation.

L'admissibilité au présent programme de réadaptation ne confère aucun droit aux prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée ou du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée pour un employé non assuré en vertu de ces régimes à la date du début de son invalidité.

28.3 MODALITÉS D'APPLICATION

De façon générale, le programme de réadaptation s'applique durant les 104 premières semaines d'invalidité. Il peut également s'appliquer, après cette période, lorsque l'Assureur refuse ou interrompt le versement d'une prestation en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée parce que l'employé concerné ne répond pas ou ne répond plus à la définition d'invalidité totale prévue à ce régime.

L'employeur a l'obligation, au début du 7^e mois d'invalidité, d'identifier à l'Assureur les personnes invalides en lui fournissant un dossier complet pour chacune d'elles. Après examen des dossiers médicaux par l'Assureur, les personnes invalides sont classées en trois (3) catégories :

- 1^o retour au travail prévisible durant les 104 premières semaines d'invalidité **sans** réadaptation;
- 2^o retour au travail médicalement impossible;
- 3^o retour au travail possible dans son emploi ou dans un autre emploi **avec** réadaptation.

Les employés invalides des deux premières catégories ne sont pas visés par le présent programme de réadaptation.

Les dossiers des employés invalides de la troisième catégorie sont analysés et les besoins et les possibilités de réadaptation sont évalués à partir des informations obtenues de l'employé concerné et de son employeur. Le cas échéant, un plan de réadaptation est préparé et réalisé en collaboration avec l'employé et l'employeur.

Le plan de réadaptation est généralement d'une durée inférieure ou égale à six (6) mois consécutifs, incluant la période de formation et d'apprentissage. Exceptionnellement, l'Assureur peut, s'il le juge nécessaire, prolonger la durée du plan de réadaptation.

Les frais de formation et de développement engagés durant le plan de réadaptation constituent des frais réels de réadaptation engagés pour des ressources externes, pour autant qu'ils aient été approuvés au préalable par l'Assureur.

Dans tous les cas où le plan de réadaptation n'est pas réussi parce que l'employé concerné est reconnu totalement invalide au sens de la définition prévue à la **CLAUSE 1 - DÉFINITIONS**, les dispositions du contrat en matière d'exonération des primes et de droit aux prestations du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée s'appliquent intégralement sur la base du traitement au début de l'invalidité, ajusté selon les modalités prévues au contrat.

Compte tenu des situations particulières reliées à l'existence d'un plan de réadaptation, il convient de préciser que l'application des clauses d'exonération des primes prévues pour chacun des régimes du présent contrat se fait de la façon suivante, à compter du début de la réalisation dudit plan :

a) plan de réadaptation débutant et se terminant au cours des 104 premières semaines d'invalidité :

- i) lorsque, au cours d'une période de paie, l'employé reçoit uniquement des prestations d'assurance salaire de courte durée payables en cas de réadaptation :
 - l'employeur verse alors la totalité des primes (part employé et part employeur) des régimes obligatoires de base d'assurance (maladie, salaire et vie);
 - l'employé est exonéré de ses primes pour le régime facultatif d'assurance vie additionnelle et le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée.
- ii) lorsque, au cours d'une période de paie, l'employé reçoit en totalité ou en partie une rémunération établie sur une base équivalente à son traitement au début de l'invalidité :
 - les primes payables par l'employé pour les régimes d'assurance vie (base et additionnelle) et d'assurance salaire (complémentaire) sont prélevées sur la rémunération ainsi reçue. L'employeur paie alors sa part correspondante des régimes obligatoires de base.

De plus, la totalité des primes normalement payables par l'employé pour les régimes obligatoire de base d'assurance accident maladie et

facultatif d'assurance vie additionnelle sont cotisées pour cette période de paie. L'employeur verse la totalité de sa part habituelle pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie;

- il y a exonération des primes du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée et du régime facultatif d'assurance vie additionnelle pour la portion de rémunération reçue sous forme d'assurance salaire de courte durée, alors que l'employeur assume les primes des régimes obligatoires de base d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée pour la portion du temps non travaillé.

iii) à compter de la 105^e semaine d'invalidité, les primes sont payables sur le traitement alors reçu par l'employé et les dispositions du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée sont alors applicables. Si la réadaptation n'est pas réussie, les dispositions prévues par chacun des régimes sont alors intégralement applicables.

b) plan de réadaptation débutant au cours des 104 premières semaines d'invalidité et se terminant après la 104^e semaine :

i) lorsque, au cours d'une période de paie, l'employé reçoit uniquement des prestations d'assurance salaire de courte durée payables en cas de réadaptation :

- les dispositions prévues au point a) i) précédent sont intégralement applicables.

ii) lorsque, au cours d'une période de paie, l'employé reçoit en totalité ou en partie une rémunération établie sur une base équivalente à son traitement au début de l'invalidité, telle situation survenant avant la 105^e semaine d'invalidité :

- les dispositions prévues au point a) ii) précédent sont intégralement applicables.

iii) lorsque, au cours d'une période de paie correspondant ou suivant la 105^e semaine d'invalidité, l'employé reçoit une rémunération dans le cadre de son emploi de réadaptation :

- les primes payables par l'employé pour les régimes d'assurance vie (base et additionnelle) et d'assurance salaire (complémentaire) sont prélevées sur la rémunération ainsi reçue. L'employeur paie alors sa part correspondante des régimes obligatoires de base;

De plus, la totalité des primes normalement payables par l'employé pour les régimes obligatoire de base d'assurance accident maladie et facultatif d'assurance vie additionnelle sont cotisées pour cette période de paie. L'employeur verse la totalité de sa part habituelle pour le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

- il y a exonération des primes des régimes d'assurance vie (base et additionnelle) pour la portion de rémunération correspondant aux prestations versées en vertu du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée, et ce, conformément aux dispositions de ce régime.

c) plan de réadaptation débutant après les 104 premières semaines d'invalidité :

Lorsque, au cours d'une période de paie, l'employé reçoit une rémunération dans le cadre de son emploi de réadaptation :

- les dispositions prévues au point b) iii) sont intégralement applicables.

28.4 REFUS DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE RÉADAPTATION

La participation de l'employé au programme de réadaptation est volontaire. Cependant, le refus de l'employé de participer ou de collaborer pleinement au programme de réadaptation lui retire le droit d'y participer à nouveau par la suite pour cette même invalidité. De plus, l'employé concerné perd le droit à compter de cette date au bénéfice d'exonération des primes et au versement des prestations en vertu du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée et l'Assureur est alors libéré de toute obligation présente ou à venir en vertu de ces bénéfices pour l'employé concerné.

Aux fins des présentes, un refus de l'employé de collaborer pleinement au programme de réadaptation s'interprète comme tout comportement, action ou agissements de nature à faire obstruction ou interférence à l'atteinte des objectifs visés par le programme de réadaptation.

28.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS

Responsabilités de l'employé :

- fournir les renseignements et autorisations requises par l'Assureur et se soumettre aux examens médicaux requis;
- participer à l'évaluation de ses besoins en réadaptation et à la réalisation de son plan de réadaptation;

- compléter la section « Déclaration de la personne assurée » du formulaire « Demande de prestations d'assurance salaire » trois (3) mois avant la fin des 104 premières semaines d'invalidité.

Responsabilités de l'employeur :

- identifier l'employé invalide depuis plus de six (6) mois et aviser l'Assureur, au début du 7^e mois, en fournissant les informations requises par le formulaire « Déclaration de l'employeur ». L'employeur qui ne se conforme pas à cette obligation devra assumer, en lieu et place de l'Assureur, le versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée pour une période maximale de six (6) mois;

Note : En dépit d'un mécanisme de contestation en cas d'interruption des prestations d'assurance salaire de courte durée par l'employeur (104 premières semaines) qui peut être prévu aux conditions de travail de l'employé, l'obligation de déclarer à l'Assureur des invalidités de plus de six (6) mois demeure, et ce, même si l'employeur a interrompu le versement des prestations d'assurance salaire et que l'employé conteste la décision de l'employeur.

- aviser l'Assureur du retour au travail de l'employé, le cas échéant;
- participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de réadaptation;
- donner son accord sur les mesures concernant l'organisation du travail et l'affectation de l'employé à un emploi de réadaptation; l'employeur s'engage alors à respecter le plan de réadaptation;
- évaluer l'aptitude de l'employé à occuper, de façon continue et permanente, l'emploi de réadaptation;
- assumer les obligations financières qui découlent des conditions de travail;
- compléter la section « Déclaration de l'administrateur de régime » du formulaire « Demande de prestations d'assurance salaire », et ce, trois (3) mois avant la fin des 104 premières semaines d'invalidité;
- transmettre à l'employé le formulaire « Demande de prestations d'assurance salaire » trois (3) mois avant la fin des 104 premières semaines d'invalidité en lui demandant de compléter la section « Déclaration de la personne assurée » et convenir avec ledit employé du mode de transmission du formulaire à l'Assureur (envoi directement à l'Assureur par la personne assurée ou retour à l'employeur pour un envoi conjoint).

Responsabilités de l'Assureur :

- administrer le programme de réadaptation et intervenir dans les cas d'invalidité de plus de six (6) mois qui lui sont référés par l'employeur;
- recevoir et analyser les informations transmises par l'employeur;
- procéder à un examen périodique des dossiers des employés invalides, afin d'identifier ceux qui sont susceptibles de bénéficier d'un plan de réadaptation; vérifier l'intérêt des employés invalides à participer à un tel plan et informer le comité sectoriel;
- procéder à l'évaluation des besoins de réadaptation, en collaboration avec l'employeur, l'employé et le médecin traitant, dans le but de déterminer la pertinence de préparer et de réaliser un plan de réadaptation. Produire des recommandations motivées et élaborer, le cas échéant, un plan de réadaptation;
- obtenir les autorisations de l'employé quant à la divulgation de l'information relative à son invalidité (dossier médical de l'employeur);
- assurer le support nécessaire à l'employé et à son employeur;
- autoriser la réalisation d'un plan de réadaptation;
- assurer le suivi du plan de réadaptation et la coordination des mesures prévues à ce plan;
- produire un rapport final sur chaque dossier, qui prend en considération l'évaluation de l'employeur quant à l'aptitude de l'employé à occuper de façon continue et permanente l'emploi de réadaptation;
- informer l'employeur, le secrétaire du comité sectoriel et le Secrétariat du Conseil du trésor du refus de l'employé de participer au programme de réadaptation, ainsi que de tout problème survenant au cours de l'évaluation des besoins de réadaptation et de la réalisation du plan de réadaptation.

La composition et les rôles du comité sectoriel :

Le comité sectoriel est formé de représentants du secteur concerné (fonction publique, éducation, santé et services sociaux) et de représentants d'associations d'employeurs et d'associations de cadres. Il a un rôle de facilitateur. À cet égard, il est informé par l'Assureur du déroulement de tous les dossiers soumis et il intervient auprès de l'employé, de l'employeur ou de l'Assureur lorsque des difficultés surviennent.

ANNEXE
CONVENTION D'ARBITRAGE MÉDICAL
CONTRAT Y9999

CONVENTION D'ARBITRAGE MÉDICAL INTERVENUE ENTRE :

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC,

(ci-après désigné « le Preneur »)

ET

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC., 2525 boulevard
Laurier, Sainte-Foy, district de Québec, G1V 4H6

(ci-après désigné « l'Assureur »)

ATTENDU QUE le Preneur et l'Assureur ont conclu le contrat d'assurance collective ci-après décrit :

Contrat Y9999 – Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec

ATTENDU QUE ledit contrat d'assurance collective comporte une garantie de revenu en cas d'invalidité totale des adhérents;

ATTENDU QUE le Preneur et l'Assureur désirent éviter les procédures judiciaires et accélérer le règlement des dossiers litigieux quant à savoir si l'état d'un adhérent répond à la définition d'invalidité totale;

ATTENDU QUE le Preneur déclare avoir l'autorité pour représenter l'Employeur et les employés pour les fins de la présente convention;

ATTENDU QUE les droits et obligations des adhérents et de leur Employeur sont en cause à l'occasion d'une demande de prestations pour invalidité totale;

LE PRENEUR ET L'ASSUREUR CONVIENNENT, S'ENTENDENT ET STIPULENT CE QUI SUIT :

1. PRÉAMBULE

1.1 Le préambule ci-haut fait partie intégrante des présentes.

2. OBJET ET NATURE DES DIFFÉRENDS SOUMIS À L'ARBITRAGE

2.1 Le Preneur et l'Assureur s'obligent à soumettre à la procédure d'arbitrage, sur demande de l'un ou de l'autre, tout différend portant sur les applications médicales objectives de la définition d'invalidité totale prévue au contrat d'assurance collective plus amplement décrit au préambule ci-haut, à l'exclusion des tribunaux de droit commun et de tout autre tribunal, conformément aux dispositions ci-après décrites.

2.2 Par « application médicale objective », on entend la capacité de l'adhérent d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement apte par suite de son éducation, de son entraînement et de son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi dans sa région. Cette capacité est analysée par un médecin.

2.3 Aucun différend décrit au paragraphe 2.1 des présentes n'est soumis à l'arbitrage sans l'accord écrit préalable de l'adhérent concerné.

3. PROCÉDURE

3.1 Pour soumettre un différend à l'arbitrage, l'Employeur doit donner à l'Assureur un avis écrit à cet effet dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de prise d'effet de la décision de l'Assureur à l'effet qu'il refuse ou qu'il cesse de reconnaître l'invalidité totale d'un adhérent, si cette décision est rendue avant la fin des 104 semaines de carence ou, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de la décision si cette décision est rendue postérieurement à ce délai de carence.

3.2 L'adhérent qui désire soumettre à l'arbitrage son différend doit préalablement accepter par écrit les termes et conditions de la présente convention et transmettre son acceptation et sa demande d'arbitrage à l'Assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de prise d'effet de la décision de l'Assureur visée au paragraphe 3.1, si cette décision est rendue avant la fin des 104 semaines de carence ou, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de la décision si cette décision est rendue postérieurement à ce délai de carence. L'adhérent transmet une copie de ces documents à l'Employeur.

- 3.3 Les Parties à l'arbitrage médical et à toute procédure y afférente sont, d'une part, l'Assureur et d'autre part, celui qui conteste la décision de l'Assureur, soit l'Employeur, soit l'adhérent, soit les deux.
- 3.4 Dans les trente (30) jours de l'avis mentionné au paragraphe 3.1 ou 3.2, les Parties à l'arbitrage désignent ensemble un médecin-arbitre.
- 3.5 En cas de difficulté dans la mise en œuvre de la procédure de nomination prévue ci-haut dans les délais mentionnés, un juge peut, à la demande d'une Partie à l'arbitrage, procéder à la nomination du médecin-arbitre et ce, conformément aux dispositions des articles 941 et suivants du Code de procédure civile.
- 3.6 Le médecin-arbitre décide seul si la condition médicale de l'adhérent correspond à la définition d'invalidité totale prévue au contrat d'assurance collective.
- 3.7 Dès la nomination de l'arbitre, les Parties à l'arbitrage doivent lui faire parvenir, avec copie à l'autre partie, tous les documents médicaux, expertises ou tout autre document qu'elles jugent utiles pour faire valoir leurs prétentions.
- 3.8 Le médecin-arbitre peut procéder à un examen de l'adhérent, demander un ou plusieurs compléments d'expertise, exiger un rapport sur tous les points précis qu'il détermine et demander à l'une ou l'autre des Parties à l'arbitrage de lui fournir tout renseignement approprié ou de lui transmettre, pour fins d'examen, tous documents, rapports médicaux et tout autre renseignement qu'il juge utiles. Le médecin-arbitre peut également requérir toute autre expertise.
- 3.9 Le médecin-arbitre tranche le différend conformément aux règles qu'il estime appropriées. Dans tous les cas, il décide conformément à la définition de l'invalidité totale prévue au contrat d'assurance collective.
- 3.10 Le médecin-arbitre a un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de sa nomination pour rendre une sentence écrite, motivée et signée.
- 3.11 La sentence arbitrale contient l'indication de la date et du lieu où elle a été rendue. La sentence est réputée avoir été rendue à cette date et en ce lieu.
- 3.12 La sentence arbitrale, dès qu'elle est rendue, lie les Parties à l'arbitrage; une copie signée par le médecin-arbitre est remise sans délai à chacune des Parties à l'arbitrage.
- 3.13 La sentence arbitrale est finale et sans appel.

Toutefois, la sentence arbitrale ne prive pas une Partie à l'arbitrage

d'invoquer ultérieurement, le cas échéant, une cessation ou une récidive de l'invalidité en cause, ou une nouvelle invalidité.

- 3.14 Si, à l'expiration du délai mentionné au paragraphe 3.10, le médecin-arbitre n'a pas rendu sa sentence, une Partie à l'arbitrage peut demander à un juge de rendre toute ordonnance pour sauvegarder les droits des Parties à l'arbitrage.
- 3.15 Le district judiciaire où l'arbitre exerce principalement sa profession est le district judiciaire choisi par les Parties à l'arbitrage pour les fins de l'arbitrage médical.
- 3.16 Les frais du médecin-arbitre sont assumés, à parts égales, par les Parties à l'arbitrage médical.
- 3.17 Aucun paiement de prestations n'est effectué par l'Assureur pendant la période débutant à la date de prise d'effet de sa décision de refuser ou de cesser de reconnaître l'invalidité totale d'un adhérent et se terminant à la date de la décision arbitrale. Advenant une sentence confirmant l'invalidité totale de l'adhérent, le versement des prestations sera versé rétroactivement au plus tard le dernier jour du mois qui suit la sentence, sauf si le dossier devait s'avérer incomplet administrativement.
- 3.18 Lorsque le tribunal d'arbitrage confirme l'invalidité de l'adhérent, l'Employeur poursuit le versement du salaire égal à la prestation qu'aurait versée l'Assureur, et ce, jusqu'à la date du versement de la prestation par l'Assureur. L'Assureur rembourse à l'Employeur les montants équivalents aux prestations que ce dernier a versées à l'adhérent. Quant à l'Employeur, il rembourse à l'adhérent, le cas échéant, les frais d'arbitrage et les frais d'examens médicaux qu'il a assumés.

4. DURÉE DE LA PRÉSENTE CONVENTION ET MODIFICATIONS

- 4.1 La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015 et se termine le 31 décembre 2015. Elle constitue une mise à jour de la convention ayant pris effet le 1^{er} janvier 1996.

Après la date de terminaison, soit le 31 décembre 2015, la présente convention est reconduite automatiquement pour une période équivalant au renouvellement du contrat d'assurance collective à moins que l'une des Parties à l'arbitrage désire y mettre fin en faisant parvenir à l'autre partie un avis écrit à cet effet, au moins cent vingt (120) jours avant la date de reconduction.

- 4.2 La présente convention lie le Preneur et l'Assureur pour tout différend né durant une période de soixante (60) mois suivant la première des dates

suivantes :

- i) la terminaison du contrat d'assurance collective; ou
- ii) la terminaison de la présente convention d'arbitrage.

4.3 La présente convention ne peut être modifiée sans le consentement écrit du Preneur et de l'Assureur.

Signé à , le 2018

Pour le Preneur

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

.
Ministre responsable de l'Administration gouvernementale
et de la Révision permanente des programmes
Président du Conseil du trésor

Signé à Québec, le 14 mai 2018

Pour l'Assureur

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.



Jean-François Chalifoux
Président-directeur général



Éric Trudel
Premier vice-président
Stratégies et gestion de l'offre

ADHÉSION À LA CONVENTION D'ARBITRAGE MÉDICAL

Je, soussigné (e), , adhérent (e) au contrat d'assurance collective entre SSQ, Société d'assurance-vie inc. (l'Assureur) et le (le Preneur) reconnais avoir pris connaissance de la convention d'arbitrage médical intervenue entre l'Assureur et le Preneur et accepte d'être lié (e) par tous les termes et conditions de ladite convention.

En conséquence :

- je consens à ce que le différend portant sur mon invalidité totale soit soumis à la procédure d'arbitrage médical stipulée dans ladite convention et ce, à l'exclusion des tribunaux de droit commun et de tout autre tribunal;
- je reconnais que la décision arbitrale sera finale et sans appel.

En foi de quoi, j'ai signé ce^e jour de

.....
Adhérent (e)

N° de certificat :

.....
Témoin

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (L.R.Q., chapitre A-2.1)

SECTION III PROCÉDURE D'ACCÈS

Compétence d'un autre organisme.

48. Lorsqu'il est saisi d'une demande qui, à son avis, relève davantage de la compétence d'un autre organisme public ou qui est relative à un document produit par un autre organisme public ou pour son compte, le responsable doit, dans le délai prévu par le premier alinéa de l'article 47, indiquer au requérant le nom de l'organisme compétent et celui du responsable de l'accès aux documents de cet organisme, et lui donner les renseignements prévus par l'article 45 ou par le deuxième alinéa de l'article 46, selon le cas.

Écrit.

Lorsque la demande est écrite, ces indications doivent être communiquées par écrit.

1982, c. 30, a. 48.

L.R.Q., chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CHAPITRE III

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION I

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Renseignements confidentiels.

53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis-clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

1982, c. 30, a. 53; 1985, c. 30, a. 3; 1989, c. 54, a. 150; 1990, c. 57, a. 11; 2006, c. 22, a. 29; 2021, c. 25, a. 8.

L. R. Q., chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CHAPITRE III

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION I

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

2006, c. 22, a. 110.

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent, directement ou indirectement, de l'identifier.

1982, c. 30, a. 54; 2006, c. 22, a. 110; 2021, c. 25, a. 10.

AVIS DE RECOURS

À la suite d'une décision rendue en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1.

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la loi prévoit qu'une personne dont la demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels peut demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art.137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

Québec

525, boul. René-Lévesque Est
Bureau 2.36
Québec (Québec) G1R 5S9

Téléphone : 418 528-7741
Télécopieur : 418 529-3102

Montréal

500, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 18.200
Montréal (Québec) H2Z 1W7

Téléphone : 514 873-4196
Télécopieur : 514 844-6170

Téléphone sans frais pour les deux bureaux : **1-888-528-7741**
Courrier électronique : cai.communications@cai.gouv.qc.ca

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les trente jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de trente jours (art. 135).