

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

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **006925**

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

**LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES ET L'ASSOCIATION DES
PROCUREURS AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES**

Ci-après appelé le Preneur

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

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

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

Entrée en vigueur : le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} juillet 2010.

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

Date de renouvellement : 1^{er} décembre 2020 et le 1^{er} décembre de chaque année subséquente.

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

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association
des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	9
2.1 Admissibilité	9
2.2 Disposition générales applicables à l'adhésion à l'assurance et exemption.....	10
2.3 Dispositions applicables au régime modulaire	12
2.4 Statuts de protection d'assurance	15
2.5 Prise d'effet de l'assurance	17
2.6 Dispositions transitoires	18
2.7 Modification des prestations.....	18
2.8 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	19
2.9 Preuves d'invalidité	21
ARTICLE 3 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE	23
3.1 Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent	23
3.2 Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge.....	24
3.3 Garantie d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles	24
3.4 Garantie additionnelle d'assurance vie de l'adhérent	26
3.5 Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint	27
3.6 Garantie d'assurance vie additionnelle de l'enfant à charge	28
3.7 Bénéficiaire	28
3.8 Paiement de l'assurance.....	28
3.9 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale.....	29

3.10	Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, à la garantie d'assurance vie des personnes à charge et à la garantie d'assurance vie additionnelle	29
3.11	Fin de l'assurance	30
ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ		32
4.1	Garantie d'assurance vie de base du retraité.....	32
4.2	Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge.....	32
4.3	Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint	32
4.4	Bénéficiaire	33
4.5	Paiement de l'assurance.....	33
4.6	Fin de l'assurance	33
ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....		34
5.1	Sommaire des garanties	34
5.2	Frais d'hospitalisation	39
5.3	Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	39
5.4	Frais hors de la province de résidence.....	39
5.5	Assurance voyage	39
5.6	Assurance annulation de voyage	46
5.7	Autres frais admissibles	52
5.8	Exclusions et réduction du régime	59
5.9	Demande de prestations.....	60
5.10	Coordination des prestations	60
5.11	Renseignements.....	61
5.12	Renonciation à la responsabilité	61
5.13	Droit de transformation.....	61
5.14	Prolongation.....	61

5.15	Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent	61
5.16	Fin de l'assurance	62
ARTICLE 6 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU RETRAITÉ AVANT LE 2 AVRIL 2001		63
6.1	Frais d'hospitalisation	63
6.2	Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	63
6.3	Maison de convalescence.....	63
6.4	Frais hors de la province de résidence.....	63
6.5	Assurance voyage	64
6.6	Assurance annulation de voyage	71
6.7	Autres frais admissibles	77
6.8	Exclusions et réduction du régime	83
6.9	Demande de prestations	84
6.10	Coordination des prestations	84
6.11	Renseignements.....	84
6.12	Renonciation à la responsabilité	85
6.13	Prolongation	85
6.14	Fin de l'assurance.....	85
ARTICLE 7 – RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES.....		86
7.1	Définitions.....	86
7.2	Sommaire des garanties	87
7.3	Modalités de remboursement	88
7.4	Frais de soins dentaires.....	88
7.5	Exclusions et limitations de la garantie	95
7.6	Demande de prestations.....	96
7.7	Coordination des prestations	96

7.8	Renseignements.....	97
7.9	Renonciation à la responsabilité	97
7.10	Droit de transformation	97
7.11	Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent	97
7.12	Fin de l'assurance	97
ARTICLE 8 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE COURTE DURÉE – EMPLOYÉ DE L'ASSOCIATION		99
8.1	Période de prestations.....	99
8.2	Délai de carence.....	99
8.3	Montant de la prestation	99
8.4	Exclusions et réduction du régime	101
8.5	Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	103
8.6	Fin de l'assurance.....	103
8.7	Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	103
ARTICLE 9 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE - PROCUREUR.....		104
9.1	Période de prestations.....	104
9.2	Délai de carence.....	104
9.3	Montant de la prestation.....	104
9.4	Indexation	106
9.5	Exclusions et réduction du régime	106
9.6	Réadaptation	107
9.7	Programme d'aide aux gestionnaires	108
9.8	Exonération des primes en cas d'invalidité.....	109
9.9	Fin de l'assurance.....	109
9.10	Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison	

de grossesse	109
ARTICLE 10 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE – EMPLOYÉ DE L'ASSOCIATION.....	110
10.1 Période de prestations.....	110
10.2 Délai de carence.....	110
10.3 Montant de la prestation	110
10.4 Indexation.....	112
10.5 Exclusions et réduction du régime	112
10.6 Réadaptation	113
10.7 Programme d'aide aux gestionnaires.....	114
10.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	115
10.9 Fin de l'assurance.....	115
10.10 Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	115
10.11 Conditions préexistantes	116
ARTICLE 11 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE	117
11.1 Taux et primes.....	117
11.2 Modification des taux de prime	117
11.3 Changement de politique gouvernementale	117
11.4 Paiement des primes	117
11.5 Délai de grâce	118
ARTICLE 12 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT	119
12.1 Non paiement de la prime.....	119
12.3 Préavis	119
ARTICLE 13 - MODIFICATION AU CONTRAT.....	121
ARTICLE 14 - STIPULATIONS DIVERSES.....	122

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association
des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

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

- 1.1 « **Accident** » : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle suite à une tentative de suicide n'est pas un accident.
- 1.2 « **Activité à caractère commercial** » : assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
- 1.3 « **Adhérent** » : toute personne définie ci-dessous qui est admise à l'assurance et qui paie les primes requises à moins qu'elle ne bénéficie de l'exonération des primes :

Employé de l'Association : toute personne employée par l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales;

Procureur : tout avocat au sens de la *Loi sur le processus de détermination de la rémunération des procureurs aux poursuites criminelles et pénales et sur leur régime de négociation collective*;

Retraité : tout procureur ou tout employé de l'Association prenant sa retraite après le 1^{er} avril 1992.
- 1.4 « **Âge** » : l'âge au dernier anniversaire d'un assuré au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.
- 1.5 « **Assiste**ur » : CanAssistance inc. ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.6 « **Associé en affaires** » : la personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- 1.7 « **Assuré** » : un adhérent et, le cas échéant, son conjoint et leurs enfants à charge.
- 1.8 « **Centre hospitalier** » : centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite Loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.
- 1.9 « **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.

1.10 « **Conjoint** » : l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié à l'adhérent, ou
- ii) vit maritalement avec un adhérent depuis un an ou, depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent, ou
- iii) vit maritalement avec un adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an,

Il est toutefois précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint, fait perdre ce statut de conjoint; de même que la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait, fait perdre ce statut de conjoint.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

1.11 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats d'assurance collective, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant le ou les assurés, le cas échéant.

1.12 « **Date de mise à la retraite** » : date à laquelle un adhérent opte pour sa mise à la retraite suivant le régime de retraite auquel il participe ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.

Le procureur qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. Le procureur qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration d'une période de 12 mois.

L'employé de l'Association qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. L'employé de l'Association qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration du délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée.

1.13 « **Délai de carence** » : une période d'attente qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable par l'Assureur.

Le délai de carence en cas d'hospitalisation s'applique également dans le cas d'un patient admis dans une unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour, quelle que soit la durée d'admission. Cependant, il ne s'applique pas dans le cas d'un patient inscrit à la clinique externe ou à l'urgence.

1.14 « **Dentiste** » : toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.

1.15 « **Document sur les conditions de travail** » : la directive ou le règlement sur les conditions de travail applicables aux procureurs.

- 1.16 « **Employé** » : un employé de l'Association et un procureur à l'emploi de l'employeur, au travail actif à plein temps, tel que décrit à l'article 2.1.
- 1.17 « **Employeur** » :
- Le gouvernement du Québec ou ses représentants désignés selon l'exercice du pouvoir concerné ou dévolu;
 - Tout employeur accepté par le Preneur.
- 1.18 « **Enfant à charge** » : l'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :
- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale; toutefois, une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que l'adhérent ou son conjoint subvienne à ses besoins dans une large mesure;
 - ii) une personne, sans conjoint, âgé de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
 - iii) une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.
- La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.
- 1.19 « **Fournisseur de services de voyage** » : agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- 1.20 « **Frais de voyage payés d'avance** » : somme déboursée d'avance par l'assuré pour :
- 1.20.1 l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;
 - 1.20.2 les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par un fournisseur de services de voyage;
 - 1.20.3 les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

- 1.21 « **Franchise** » : la partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.
- 1.22 « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
- 1.23 « **Hôte à destination** » : la personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.
- 1.24 « **Invalidité totale** » :

1.24.1 Procureur :

Pendant le délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée et les 78 semaines qui suivent :

Par invalidité totale, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, ou une complication d'une grossesse, ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et/ou traitements administrés par un professionnel reconnu et oeuvrant dans le domaine de la santé et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Par la suite :

Par invalidité totale, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication d'une grossesse, ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et/ou traitements administrés par un professionnel reconnu et oeuvrant dans le domaine de la santé et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

1.24.2 Employé de l'Association :

Pendant le délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée et les 24 mois qui suivent :

Par invalidité totale, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel et qui exige des soins médicaux continus.

Par la suite :

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'exercer tout emploi pouvant lui procurer une rémunération et pour lequel il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale est déterminée sans égard à l'existence ou à la disponibilité d'un tel emploi.

L'adhérent qui doit détenir un permis ou une licence émis(e) par l'État afin d'accomplir les tâches de son emploi habituel n'est pas considéré totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

- 1.25 « **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable** » : liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels l'assuré doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu de ce contrat.
- 1.26 « **Maladie** » : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être constatée par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.
- 1.27 « **Médecin** » : toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale ou toute autre loi au même effet, du lieu où sont rendus les services.
- 1.28 « **Période d'invalidité totale** » :

1.28.1 Procureur :

Durant les 52 premières semaines :

Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

Toutefois, est considérée comme faisant partie de la même invalidité totale, toute période pour laquelle l'adhérent doit s'absenter de son travail pour suivre des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité totale antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur base horaire;

Par la suite :

Des périodes successives d'invalidité totale interrompues par moins de 30 jours continus de travail effectif à temps complet au cours de la période où sont versées les prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur ou interrompues par moins de 6 mois d'emploi continu à temps complet au cours de la période commençant à la fin du versement des prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur seront considérées comme le prolongement de la même période d'invalidité totale à moins que l'invalidité totale subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument sans rapport avec la cause de l'invalidité totale antérieure et ne débute après le retour de l'adhérent au travail à temps complet.

1.28.2 Employé de l'Association :

Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par une période de travail à temps complet de moins de :

- a) 15 jours au cours du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité longue durée.
- b) 180 jours par la suite.

1.29 « **Personne à charge** » : le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent tel que défini au contrat.

1.30 « **Proche parent** » : le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de l'assuré.

Si aucune personne ne rencontre la définition ci-dessus, « proche parent » désigne alors un ami ou une amie de l'assuré.

1.31 « **Programme de réadaptation** » : un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour un adhérent et qui consiste :

- a) soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce l'adhérent invalide;
- b) soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.

1.32 « **Régime d'assurance-traitement de l'employeur** » : régime d'assurance-traitement dont les prestations sont payables par l'employeur en vertu de la directive ou du règlement sur les conditions de travail applicables aux procureurs.

1.33 « **Régime général d'assurance médicaments** » : régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.34 « **Retraité** » : tout procureur ou tout employé de l'Association prenant sa retraite après le 1^{er} avril 1992.

Procureur à la retraite : tout avocat qui était un procureur au sens de la *Loi sur le processus de détermination de la rémunération des procureurs aux poursuites criminelles et pénales et sur leur régime de négociation collective*.

1.35 « **Traitement** » :

1.35.1 Procureur :

Le traitement annuel basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de la directive ou du règlement sur les conditions de travail applicables aux procureurs, servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur. Le traitement exclut toute autre prime, allocation ou rémunération additionnelle.

Pour un retraité, le traitement annuel de l'adhérent tel qu'il pouvait être déterminé le jour précédant la retraite aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur.

Toutefois, pour le calcul de la cotisation au régime de retraite auquel le procureur totalement invalide participe, le traitement est défini de la façon suivante :

Pendant le délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée et les 78 semaines qui suivent, le traitement est celui qui sert de base au calcul de la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur. Par la suite, le traitement est celui déterminé à la fin de la période décrite précédemment ajusté le 1^{er} janvier de chaque année civile qui suit par plus de 6 mois la fin de ladite période selon un pourcentage correspondant au moins élevé entre :

- Les modalités d'indexation prévues le 1^{er} janvier concerné pour les rentes de retraite payables en vertu du Régime de rentes du Québec;
- 3 % et;
- Le pourcentage de variation de l'échelle de traitement des procureurs qui est applicable à l'égard de l'année qui précède le 1^{er} janvier concerné.

L'ajustement du traitement est révisé lorsque le pourcentage de variation de l'échelle de traitement des procureurs est effectué de façon rétroactive.

1.35.2 Employé de l'Association :

La rémunération brute régulière excluant les sommes reçues de l'employeur et qui ne font pas partie de la rémunération régulière de l'adhérent telles que les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement, tout paiement forfaitaire ou autre somme payable occasionnellement.

Pour l'adhérent dont le traitement provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis, le traitement signifie la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur, comprenant les commissions et bonis produits sur les relevés aux fins de l'impôt de l'employé au cours des deux années civiles précédentes. Dans l'éventualité où l'adhérent n'a pas complété deux années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'employé compte moins d'une année de service, le traitement désigne la rémunération habituelle de l'employé déclarée par l'employeur.

- 1.36 « **Traitement net** » : le traitement moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, à l'Assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale, aux impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur et moins la cotisation de l'adhérent au régime de retraite de l'employeur.

Aux fins du calcul de l'impôt provincial, les seules exemptions considérées sont l'exemption de base, l'exemption de conjoint, l'exemption pour enfants à charge, l'exemption pour personnes maintenant un établissement domestique autonome, l'exemption personnelle pour déficience physique ou mentale et l'exemption relative à la réduction d'impôt à l'égard de la famille.

Aux fins du calcul de l'impôt fédéral, les seules exemptions considérées sont l'exemption de base, l'exemption pour conjoint ou l'équivalent du montant pour conjoint et l'exemption pour personnes handicapées.

- 1.37 « **Transporteur public** » : tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

- 1.38 « **Voyage** » : Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaire ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant un séjour de l'assuré pour un minimum d'une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Sous réserve de l'article 2.1.2, tout employé est admissible à l'assurance à compter :

2.1.1.1 de la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'un employé assuré en vertu des contrats antérieurs, conformément aux dispositions transitoires prévues à l'article 2.5;

2.1.1.2 de la date où il complète le délai d'admissibilité, soit 1 mois de service continu ou tout autre délai, tel que spécifié dans le document sur les conditions de travail dans le cas de tout autre procureur, à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date;

2.1.1.3 nonobstant le paragraphe 2.1.1.2, en tout temps, sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 2.5, le document sur les conditions de travail détermine l'admissibilité à l'assurance du procureur ainsi que la date du début de cette admissibilité.

2.1.2 Tout procureur dont la semaine normale de travail est de vingt-cinq pour cent (25 %) et moins du temps complet n'est pas admissible à l'assurance.

2.1.3 Un adhérent dont l'assurance se termine et qui reprend son travail à plein temps après une période de moins de 6 mois redevient admissible à l'assurance à la date de son retour au travail à plein temps.

2.1.4 Tout conjoint ou enfant à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent s'il est déjà un conjoint ou un enfant à charge, soit à la date où il le devient.

2.1.5 Tout retraité est admissible à l'assurance sans preuves d'assurabilité à la date de sa retraite, s'il était assuré en vertu du présent contrat en tant qu'employé immédiatement avant sa retraite ou s'il était exempté, il doit faire la preuve qu'il ne peut plus être assuré en vertu du contrat antérieur. Cependant, le retraité doit avoir pris sa retraite avant le 2 avril 2001 pour être admissible au régime d'assurance maladie du retraité.

2.1.6 Lors du décès du retraité, son conjoint survivant et ses enfants à charge demeurent assurés en vertu du régime d'assurance maladie du retraité (statut de protection individuel ou monoparental), sans paiement de prime, pour une période de 12 mois suivant la date du décès.

De plus, le conjoint survivant peut maintenir le montant d'assurance vie qu'il détenait auparavant jusqu'à concurrence de 20 000 \$ et, le cas échéant, la protection d'assurance vie pour les enfants à charge, s'il en fait la demande dans les 60 jours suivant la date de décès du retraité. Dans un tel cas, le conjoint devient l'adhérent.

2.1.7 Lors du décès d'un adhérent non à la retraite, son conjoint survivant et ses enfants à charge demeurent assurés en vertu du régime d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires (statut de protection individuel ou monoparental), sans paiement de prime, pour une période de 12 mois suivant la date du décès.

2.2 Disposition générales applicables à l'adhésion à l'assurance et exemption

2.2.1 Pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité :

- l'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour l'employé et pour ses personnes à charge, le cas échéant;

Il est possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer, pour le régime d'assurance maladie, son statut de protection familial en un statut de protection individuel. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier son statut de protection individuel par la suite.

De plus, tout adhérent de 65 ans ou plus ou tout adhérent ayant une personne à sa charge âgée de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Un tel adhérent qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle il atteint 65 ans;
- b) la date à laquelle la plus âgée de ses personnes à charge atteint 65 ans.

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article 11.1.3 selon le nombre d'assurés âgés de 65 ans ou plus dans la famille. L'adhérent qui atteint 65 ans après la date mentionnée à l'alinéa b) ci-haut, doit également assurer lesdits médicaments en vertu du présent contrat.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

- l'adhésion est obligatoire pour l'employé et ses personnes à charge, le cas échéant, pour les garanties et régimes suivants :
 - a) les garanties d'assurance vie de base et d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles;
 - b) la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge;
 - c) le régime d'assurance soins dentaires, lorsque le module enrichi est retenu;
 - d) le régime d'assurance salaire courte durée pour l'employé de l'Association;

e) le régime d'assurance salaire longue durée.

- l'adhésion est facultative pour les garanties d'assurance vie additionnelle de l'adhérent et l'assurance vie additionnelle du conjoint.

2.2.2 Tout employé doit remplir une demande d'adhésion au cours de la période de 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible. Si l'employé fait défaut de compléter sa demande d'adhésion et de la remettre à son employeur dans cette période, ce dernier commence à percevoir les primes pour l'employé et ses personnes à charge, le cas échéant, pour toutes les garanties et régimes obligatoires selon le module de base. Les primes commencent à être perçues dès la date du début de l'admissibilité à l'assurance.

Pour toute demande d'adhésion remplie après l'expiration de cette même période, l'Assureur pourra exiger la production de preuves d'assurabilité pour les couvertures choisies dans les régimes facultatifs.

Pour l'application du présent article, la date à laquelle l'employé devient admissible, pour un employé qui était admissible en vertu du contrat antérieur et qui n'a pas cessé d'être à l'emploi, est la date où il est devenu admissible au contrat antérieur et non à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

2.2.3 Un employé ou ses personnes à charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer au régime d'assurance maladie, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, être assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer au régime d'assurance maladie aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine en établissant à la satisfaction de l'Assureur qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés en vertu dudit contrat.

2.2.4 Pour les retraités admissibles :

2.2.4.1 l'adhésion aux garanties suivantes est facultative :

- assurance vie de base du retraité;
- assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge;
- assurance vie additionnelle du conjoint.

2.2.4.2 l'adhésion au régime d'assurance maladie du retraité avant le 2 avril 2001 est obligatoire pour le retraité âgé de moins de 65 ans et ses personnes à charge, le cas échéant. L'adhésion est facultative pour le retraité âgé de 65 ans ou plus. L'adhésion des personnes à charge d'un tel retraité qui a choisi d'adhérer au présent régime est obligatoire.

Toutefois, il est possible pour un retraité sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de modifier son statut de protection familial en un statut de protection individuel. Un retraité qui effectue un tel choix ne pourra modifier son statut de protection individuel par la suite.

De plus, tout retraité de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Un tel retraité qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle il atteint 65 ans;
- b) la date à laquelle la plus âgée de ses personnes à charge atteint 65 ans;

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article 11.1.3 selon le nombre d'assurés âgés de 65 ans ou plus dans la famille. L'adhérent qui atteint 65 ans après la date mentionnée en b) ci-haut, doit également assurer lesdits médicaments en vertu du présent contrat.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

- 2.2.5 Tout retraité qui désire adhérer aux régimes facultatifs doit remplir une demande d'adhésion au cours de la période de 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible.

Toutefois, un retraité qui refuse ou cesse d'adhérer à ces régimes ne peut y adhérer de nouveau.

2.3 Dispositions applicables au régime modulaire

- 2.3.1 La définition suivante s'applique spécifiquement au régime modulaire, en plus de celles prévues à l'*Article 1 - Définitions*.

- **Période minimale de participation** : période qui doit s'écouler avant que l'adhérent puisse modifier son choix de module. Le présent régime modulaire prévoit une période minimale de participation de 12 mois pour le module de base et de 24 mois pour le module enrichi.

- 2.3.2 Entrée en vigueur du régime modulaire

Le régime modulaire entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.

- 2.3.3 Modules offerts

Le régime modulaire offre les modules suivants :

- Module de base pour le régime d'assurance maladie;
- Module enrichi pour les régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires.

2.3.4 Entrée en vigueur du régime modulaire en cours d'assurance

L'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, le choix du module de l'adhérent au cours des 31 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur du régime modulaire. Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, le module de base est alors automatiquement accordé. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

Par ailleurs, un adhérent et ses personnes à charge ayant refusé ou cessé d'adhérer au régime d'assurance maladie avant la date d'entrée en vigueur du régime modulaire pourront exceptionnellement y adhérer à cette date, et ce, sans avoir à établir qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés en vertu d'un autre contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. L'Assureur doit recevoir la demande à cet effet au cours des 31 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur du régime modulaire. Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, l'exemption d'adhérer au régime d'assurance maladie se poursuit et tout changement subséquent est sujet aux dispositions générales applicables à l'adhésion à l'assurance et à l'exemption.

2.3.5 Début d'admissibilité d'un employé

L'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, le choix du module de l'employé au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il satisfait aux conditions d'admissibilité.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, le module de base est alors automatiquement accordé. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

2.3.6 Modalités relatives à l'adhérent atteint d'invalidité totale ou temporairement absent du travail à la date d'entrée en vigueur du régime modulaire

L'adhérent atteint d'invalidité totale ou temporairement absent du travail à l'entrée en vigueur du régime modulaire se voit accorder automatiquement le module de base.

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module au terme de sa période d'invalidité totale ou d'absence temporaire du travail, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, l'adhérent conserve le module détenu avant sa période d'invalidité totale ou d'absence temporaire du travail. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

2.3.7 Demande de changement de module

- Au terme d'une période minimale de participation

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours suivant la date de terminaison de la période minimale de participation. L'assurance en vertu du module choisi entre alors en vigueur à la date de terminaison de la période minimale de participation.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande de changement de module dans le délai requis, le changement de module entre alors en vigueur à la date de réception de la demande.

- En raison d'une modification de situation familiale

Un adhérent peut changer de module avant la fin de la période minimale de participation si l'une des modifications de situation familiale suivantes survient :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- b) le mariage, l'union civile ou la cohabitation, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat;
- c) le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution de l'union civile, la séparation de fait, et ce, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat;
- d) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge, conformément aux critères prévus à la définition de personne à charge du contrat;
- e) la fin de la protection d'une personne à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective.

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours suivant la date de l'événement. L'assurance en vertu du module choisi entre alors en vigueur à compter de la date de ladite modification.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande de changement de module dans le délai requis, l'adhérent doit attendre la fin de la période minimale de participation afin de transmettre une nouvelle demande à l'Assureur.

2.3.8 Dispositions contractuelles prévues au contrat

Les dispositions applicables au régime modulaire concernent le régime modulaire seulement. Les dispositions contractuelles prévues au contrat continuent de s'appliquer.

2.4 Statuts de protection d'assurance

Cet article s'applique sous réserve des dispositions générales applicables à l'adhésion à l'assurance et à l'exemption.

2.4.1 Les régimes d'assurance maladie et d'assurance maladie du retraité et d'assurance soins dentaires sont sujets aux statuts de protection suivants :

- a) statut de protection individuel (couvrant l'adhérent seulement);
- b) statut de protection familial (couvrant l'adhérent, son conjoint et leurs enfants à charge);
- c) statut de protection monoparental (couvrant l'adhérent et ses enfants à charge).

Le statut de protection monoparental n'est possible que si l'adhérent n'a pas de conjoint répondant à la définition du contrat.

2.4.2 La garantie d'assurance vie de base de l'adhérent est sujette à un des choix suivants :

- a) Statut de protection individuel

Un adhérent assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie est automatiquement assuré en vertu d'un statut de protection individuel en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

- b) Statut de protection familial

Un adhérent assuré selon un statut de protection familial ou monoparental en vertu du régime d'assurance maladie est automatiquement assuré selon un statut de protection familial en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

De même, un adhérent exempté du régime d'assurance maladie est automatiquement assuré selon un statut de protection familial en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, à moins qu'il ne démontre à l'Assureur qu'il n'a pas de personnes à charge.

Enfin, un adhérent assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie en raison de l'exemption de ses personnes à charge peut obtenir un statut de protection familial en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent la date d'exemption de ses personnes à charge.

Pour toute demande complétée après l'expiration dudit délai, le procureur doit fournir à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

2.4.3 La garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge est sujette à un des choix suivants :

a) Statut de protection familial

Un adhérent assuré selon un statut de protection familial en vertu du régime d'assurance maladie détient automatiquement un statut de protection familial en vertu de la présente garantie.

De même, un adhérent exempté du régime d'assurance maladie détient automatiquement un statut de protection familial en vertu de la présente garantie, à moins qu'il ne démontre à l'Assureur qu'il n'a pas de personnes à charge.

Enfin, un adhérent assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie en raison de l'exemption de ses personnes à charge peut obtenir un statut de protection familial en vertu de la présente garantie s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent la date d'exemption de ses personnes à charge. L'adhérent doit avoir présenté une demande identique pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent. Pour toute demande complétée après l'expiration du délai de 31 jours, le procureur doit fournir à ses frais, des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

b) Statut de protection monoparental

Un adhérent assuré selon un statut de protection monoparental en vertu du régime d'assurance maladie détient automatiquement un statut de protection monoparental en vertu de la présente garantie.

Enfin, un adhérent assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie en raison de l'exemption de ses enfants à charge peut obtenir un statut de protection monoparental en vertu de la présente garantie s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent la date d'exemption de ses enfants à charge. L'adhérent doit avoir présenté une demande identique pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent. Pour toute demande complétée après l'expiration du délai de 31 jours, le procureur doit fournir à ses frais, des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

Si le statut de protection monoparental est choisi, cette garantie ne couvre que les enfants à charge.

2.4.4 La garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint ne peut être retenue que si la garantie d'assurance vie de base du conjoint est retenue.

2.4.5 Tout changement à la protection choisie par un adhérent pour la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge afin d'obtenir le statut de protection familial ou monoparental, peut nécessiter, sur demande de l'Assureur, la production de preuves d'assurabilité démontrant que les personnes qu'il désire assurer sont en bonne santé et assurables.

2.4.6 Il n'y a toutefois aucune preuve d'assurabilité requise par l'Assureur pour la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge dans les cas suivants :

- a) si l'adhérent fait la demande d'un statut de protection familial dans les 31 jours suivant le mariage, la date à laquelle le conjoint de fait devient admissible ou la naissance d'un premier enfant ou son adoption;
- b) si l'adhérent fait la demande d'un statut de protection monoparental dans les 31 jours suivant la naissance d'un premier enfant ou de son adoption; à la naissance d'un enfant à charge ou à son adoption si l'adhérent est déjà couvert par un statut de protection familial ou monoparental.

2.5 **Prise d'effet de l'assurance**

Sous réserve des dispositions des présentes, la prise d'effet de l'assurance est déterminée comme suit :

2.5.1 Tout employé non invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré à compter de la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité.

2.5.2 Un procureur absent du travail pour cause d'invalidité à la date d'entrée en vigueur devient assuré aux conditions suivantes :

2.5.2.1 pour le régime d'assurance vie :

- a) si le procureur n'a pas épuisé sa banque de congés de maladie, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration de cette période, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour au travail;
- b) si le procureur est exonéré des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à son retour au travail.

2.5.2.2 pour le régime d'assurance salaire longue durée :

l'assurance débute à la date du retour au travail du procureur.

2.5.2.3 pour le régime d'assurance maladie :

l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat.

2.5.3 Un employé absent du travail pour cause d'invalidité totale à la date d'entrée en vigueur devient assuré aux conditions suivantes :

2.5.3.1 pour le régime d'assurance vie :

- a) si l'employé est exonéré des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à son retour au travail;
- b) si l'employé n'a pas encore satisfait le délai de carence pour être exonéré des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration du délai de carence, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour au travail.

2.5.3.2 pour les régimes d'assurance salaire courte et longue durée :

l'assurance débute à la date du retour au travail de l'employé s'il a alors rempli les conditions d'admissibilité. Sinon, l'assurance débute à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité.

2.5.3.3 pour le régime d'assurance maladie :

l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat.

2.5.4 L'assurance du conjoint ou des enfants à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- à la date à laquelle ces personnes deviennent admissibles;
- à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

2.5.5 L'assurance d'un retraité débute à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité.

2.6 Dispositions transitoires

2.6.1 Pour un adhérent possédant une protection en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à la Loi sur les Assurances et le Règlement d'application de la Loi sur les Assurances, l'adhérent ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, qu'il soit au travail ou non.

2.6.2 Dans le cas d'un adhérent qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assuré en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, d'exonération, de transformation ou autrement.

2.7 Modification des prestations

Toute augmentation du montant d'assurance en relation avec le traitement d'un adhérent entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- le jour de prise d'effet du changement de traitement;
- le jour où une entente salariale à cet effet est intervenue;
- le jour du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent si celui-ci n'est pas au travail en raison d'une invalidité à l'une ou l'autre des dates ci-dessus.

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

2.8.1 Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé non payé, d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :

- Option 1 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement;
- Option 2 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent l'un ou l'autre des événements précités et en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée de l'interruption de travail.

Cependant, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur pour une période de plus de 6 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire ou de plus de 12 mois dans le cas d'un congé non payé, sous réserve des limites prévues par la loi.

Si une invalidité survient au cours de l'interruption de travail alors que la participation à une garantie d'assurance invalidité a été maintenue, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail.

Finalement, dans le cas où l'option 1 est choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu.

2.8.2 Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé non payé d'une durée inférieure à 30 jours demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :

- Option 1 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail;
- Option 2 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement, et ce, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de son congé non payé.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée de l'interruption de travail.

Finalement, dans le cas où l'option 2 est choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu.

- 2.8.3 Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire d'une durée inférieure à 30 jours demeure assuré, avec paiement de prime, en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail.
- 2.8.4 Un adhérent congédié qui conteste son congédiement par tout recours approprié demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :
- Option 1 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement;
 - Option 2 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le congédiement, et ce, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent le congédiement et en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée du recours.

Si l'adhérent perd son recours, l'assurance prend fin à la date où la décision finale est rendue. Si l'adhérent est réintégré dans ses fonctions et que l'option 1 avait été choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le congédiement est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu.

- 2.8.5 Dans le cas d'une préretraite totale, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la préretraite totale est automatiquement maintenu en vigueur, à l'exception du régime d'assurance salaire longue durée. Les primes afférentes aux régimes maintenus doivent continuer à être versées à l'Assureur. Advenant un retour au travail, le régime d'assurance salaire longue durée reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité.
- 2.8.6 Dans le cas d'une préretraite graduelle, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la préretraite graduelle est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur. Cependant, un tel adhérent peut être exempté totalement ou partiellement du régime d'assurance salaire longue durée à la condition d'en faire la demande à l'Assureur dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de la préretraite graduelle. Si l'adhérent est exempté partiellement, il continue de verser la prime à 100 % de son traitement et l'Assureur rembourse ensuite à l'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.

Dans le cas d'un retour effectif au travail à plein temps de l'adhérent exempté totalement du régime d'assurance salaire longue durée, ledit régime reprend effet à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité.

2.8.7 Dans le cas d'une retraite progressive, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la retraite progressive est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur. Cependant, un tel adhérent peut être exempté partiellement du régime d'assurance salaire longue durée pour être couvert au prorata du temps travaillé à la condition d'en faire la demande à l'Assureur dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de la retraite progressive. Dans ce dernier cas, l'adhérent continue de verser la prime à 100 % de son traitement et l'Assureur rembourse ensuite à l'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.

2.8.8 Un adhérent en congé partiel sans traitement ou un adhérent participant à un congé sans traitement à traitement différé demeure assuré en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début du congé, à la condition que la prime soit payée. Pour les fins de calcul de la prime et de la protection du régime d'assurance vie et du régime d'assurance salaire longue durée, son traitement est celui qu'il aurait eu s'il n'avait pas participé à un tel congé.

Pour toute invalidité ayant débutée pendant un congé sans traitement à traitement différé, l'invalidité est présumée débuter à la même date que celle visée par l'application des conditions de travail pour déterminer la période d'assurance traitement.

2.8.9 Dans le cas d'un congé avec solde qu'on appelle de non retour et qui, en vertu d'une entente, mène à la retraite, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début du congé est automatiquement maintenu en vigueur, à l'exception du régime d'assurance salaire longue durée. Les primes afférentes aux régimes maintenus doivent continuer à être versées à l'Assureur.

2.9 Preuves d'invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, l'Assureur doit en être avisé par écrit dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence. Des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont l'adhérent a été victime, ainsi que de son invalidité devront être fournies par ce dernier dans le même délai.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 12 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites, et que l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, l'adhérent ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

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

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

En aucun cas, le délai de présentation des preuves d'invalidité ne doit se prolonger au-delà de 12 mois après la date de terminaison du contrat.

ARTICLE 3 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE

3.1 Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent

3.1.1 Montant de la prestation

Au décès d'un adhérent alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à :

- 100 % du traitement annuel de l'adhérent si celui-ci est assuré en vertu d'un statut de protection individuel, sujet toutefois à un maximum de 500 000 \$.
- 200 % du traitement annuel de l'adhérent si celui-ci est assuré en vertu d'un statut de protection familial, sujet toutefois à un maximum de 500 000 \$.
- 200 % du traitement annuel de l'adhérent si celui-ci est assuré en vertu d'un statut de protection monoparental, sujet toutefois à un maximum de 500 000 \$.

Le montant de la prestation est réduit de 50 % à l'âge de 65 ans.

3.1.2 Exonération des primes en cas d'invalidité

3.1.2.1 Procureur :

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congé maladie accumulés par l'adhérent, tant que dure l'invalidité totale. Cette protection se termine au 65e anniversaire de l'adhérent.

Un adhérent invalide, participant à un programme de réadaptation ou faisant l'objet d'un retour progressif tel que prévu dans le document sur les conditions de travail, continue de bénéficier de cette protection.

3.1.2.2 Employé de l'Association :

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai du régime d'assurance salaire longue durée, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent.

3.2 Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge

3.2.1 Montant de la prestation

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, le montant payable au décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge assuré d'un adhérent est égal à 10 000 \$.

3.2.2 Exonération des primes en cas d'invalidité

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base d'un adhérent en cas d'invalidité, l'exonération s'applique également à la présente garantie aux mêmes conditions.

3.2.3 Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent

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

3.2.3.1 la date coïncidant avec la fin d'une période de 12 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;

3.2.3.2 la date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent;

3.2.3.3 la date de fin du contrat ou de la garantie.

3.3 Garantie d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles

3.3.1 Montant de la prestation

Si un adhérent, n'ayant pas opté pour sa retraite, subit par suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent.

Perte.....Pourcentage

- paraplégie, quadriplégie ou hémiplegie	200 %
- de la vie	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %
- de la vue complète des deux yeux	100 %
- d'une main et d'un pied	100 %
- d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un	100 %
- de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
- d'un bras ou d'une jambe	50 %
- d'une main ou d'un pied	50 %
- de la vue complète d'un œil	50 %
- de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
- de l'ouïe d'une oreille	33 1/3 %
- du pouce et de l'index de la même main	33 1/3 %
- d'au moins quatre doigts d'une main	33 1/3 %
- de tous les orteils d'un pied	16 2/3 %

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

La perte d'un membre signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un oeil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet oeil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

La perte de la parole ou de l'ouïe signifie la perte totale et irrémédiable de la fonction à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

La perte du pouce et de l'index de la même main signifie la séparation complète à la jointure entre le doigt et la main.

Par quadriplégie, on entend la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres supérieurs et des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

Par paraplégie, on entend la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

Par hémip légie, on entend la paralysie complète et irrémédiable du membre supérieur et du membre inférieur du même côté du corps, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

L'indemnité en cas de mort ou mutilation accidentelles est accordée sur une base de 24 heures par jour que l'adhérent soit au travail ou non.

Avant d'accorder ladite prestation, l'Assureur a le droit de faire examiner l'adhérent ou le corps et demander, le cas échéant, qu'une autopsie soit pratiquée, à moins que la loi ne s'y oppose.

L'indemnité pour un même accident ou pour plus d'un accident survenant au cours d'une seule et même période de 365 jours est limitée à 100 % du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent, sauf dans les cas de paraplégie, quadriplégie ou hémip légie où l'indemnité est alors limitée à 200 % du montant d'assurance vie de base.

3.3.2 Exonération des primes en cas d'invalidité

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base d'un adhérent en cas d'invalidité, l'exonération s'applique également à la présente garantie aux mêmes conditions.

3.3.3 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à l'adhérent si la perte subie survient dans les cas suivants :

- 3.3.3.1 alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol;
- 3.3.3.2 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 3.3.3.3 en raison d'une tentative de suicide ou du suicide de l'adhérent, ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 3.3.3.4 lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident;
- 3.3.3.5 pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 3.3.3.6 en raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident mais ne résultant pas de cet accident;
- 3.3.3.7 suite à un traitement médical ou dentaire, à une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
- 3.3.3.8 lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

3.4 Garantie additionnelle d'assurance vie de l'adhérent

3.4.1 Montant de la prestation

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent qui s'est prévalu de cette option est établi de la façon suivante :

L'adhérent peut souscrire une ou plusieurs tranches, jusqu'à un maximum de 10 fois son traitement annuel. Chaque tranche est égale à ½ fois son traitement annuel.

Le montant d'assurance payable en vertu de la garantie additionnelle d'assurance vie est limité à 2 300 000 \$ moins le montant détenu en assurance vie de base.

Cette protection est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans et devient nulle à l'âge de 70 ans.

3.4.2 Preuves d'assurabilité

Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'adhérent d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

3.4.3 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas si l'adhérent meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

3.4.4 Exonération des primes en cas d'invalidité

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent en cas d'invalidité, l'exonération s'applique également à la présente protection selon les mêmes conditions.

3.5 Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint

3.5.1 Montant de la prestation

Le montant d'assurance payable au décès du conjoint d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est établi selon le nombre de tranches de 10 000 \$ qu'il aura retenu. L'adhérent peut souscrire de 1 à 20 tranches pour son conjoint s'il est assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge.

Cette protection est réduite de 50 % lorsque l'adhérent atteint 65 ans et devient nulle lorsqu'il atteint 70 ans.

3.5.2 Preuves d'assurabilité

Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion et à l'addition pour le conjoint d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative.

3.5.3 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas si le conjoint assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

3.5.4 Exonération des primes en cas d'invalidité

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent en cas d'invalidité, l'exonération s'applique également à la présente protection selon les mêmes conditions.

3.6 **Garantie d'assurance vie additionnelle de l'enfant à charge**

3.6.1 Montant de la prestation

Le montant payable au décès de l'enfant à charge de l'adhérent qui s'est prévalu de cette option est établi selon le nombre de tranches de 10 000 \$ qu'il aura retenu. L'adhérent peut souscrire de 1 à 5 tranches pour son enfant à charge s'il est assuré en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge.

3.6.2 Preuves d'assurabilité

Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'enfant à charge d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative.

3.6.3 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas si l'enfant à charge assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

3.6.4 Exonération des primes en cas d'invalidité

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent en cas d'invalidité, l'exonération s'applique également à la présente protection selon les mêmes conditions.

3.7 **Bénéficiaire**

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

3.8 **Paiement de l'assurance**

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent, du conjoint ou d'un enfant à charge assuré ou de la mutilation de l'adhérent. En cas de mutilation de l'adhérent, les prestations sont payables à l'adhérent. Advenant le décès du conjoint d'un adhérent ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à l'adhérent.

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

3.9 **Païement anticipé en cas de maladie en phase terminale**

Un adhérent invalide, âgé de moins de 63 ans, exonéré du paiement des primes en vertu de la clause 3.1.2 et dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée à 25 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de l'adhérent, sans excéder 50 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêts au taux annuel de 10 %.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus au présent article cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

3.10 **Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, à la garantie d'assurance vie des personnes à charge et à la garantie d'assurance vie additionnelle**

3.10.1 En cas de fin d'appartenance au groupe

Tout adhérent qui cesse de faire partie du groupe d'assurés avant l'âge de 65 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$ a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de l'adhérent qui peut être transformé est d'au moins 10 000 \$ et ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'il détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$.

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat, le montant de protection d'assurance vie peut être transformé en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation ou 400 000 \$.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où l'adhérent cesse de faire partie du groupe d'assurés. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

3.10.2 À l'échéance du contrat

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

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

3.10.3 Protections disponibles lors de la transformation

L'adhérent qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

3.11 Fin de l'assurance

3.11.1 Le régime d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

3.11.1.1 la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité » et « Transformation »;

3.11.1.2 la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions de l'article « Transformation »;

3.11.1.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité » et « Transformation »;

3.11.1.4 la date de mise à la retraite.

3.11.2 L'assurance du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

- 3.11.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent sous réserve des articles « Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent » et « Transformation »;
- 3.11.2.2 la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge.

ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ

4.1 Garantie d'assurance vie de base du retraité

4.1.1 Montant de la prestation

4.1.1.1 Retraités avant le 2 avril 2001

Au décès d'un adhérent alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 25 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de l'adhérent au moment de sa retraite, selon le choix effectué par l'adhérent.

Cette protection est réduite à 75 % dudit traitement, le cas échéant, à l'âge de 70 ans et à 50 % dudit traitement, le cas échéant, à l'âge de 75 ans.

4.1.1.2 Retraités à partir du 2 avril 2001

Au décès d'un adhérent alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 25 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de l'adhérent au moment de sa retraite, selon le choix effectué par l'adhérent.

Cette protection est réduite à 50 % dudit traitement, le cas échéant, à l'âge de 65 ans.

4.2 Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge

4.2.1 Montant de la prestation

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, le montant payable au décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge assuré d'un adhérent est égal à 10 000 \$.

4.3 Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint

4.3.1 Montant de la prestation

Le montant d'assurance payable au décès du conjoint d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est établi à 10 000 \$.

L'adhérent peut souscrire pour son conjoint :

- s'il est assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge; et,
- s'il était assuré en vertu de la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint pour les adhérents actifs.

4.4 **Bénéficiaire**

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

4.5 **Paiement de l'assurance**

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent, du conjoint ou d'un enfant à charge assuré. Advenant le décès du conjoint d'un adhérent ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à l'adhérent.

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

4.6 **Fin de l'assurance**

4.6.1 Le régime d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

4.6.1.1 la date de la fin du contrat;

4.6.1.2 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;

4.6.1.3 la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

4.6.2 L'assurance du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

4.6.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;

4.6.2.2 la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge.

ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Les frais décrits ci-après sont couverts en cas d'accident, de maladie ou de grossesse.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Seuls sont admissibles les frais pour les services, soins, traitements et fournitures expressément couverts au *Sommaire des garanties*, selon le module choisi par l'adhérent. De plus, ces frais sont remboursés selon les modalités indiquées à ce même sommaire et en fonction du module choisi par l'adhérent.

5.1 Sommaire des garanties

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et habituels		
Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
Frais d'hospitalisation	Chambre semi-privée	Chambre privée
Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée / 180 jours / année civile / assuré	
Frais hors de la province de résidence	Doivent être couverts par RAMQ / 50 000 \$ / année civile / assuré	
Assurance voyage	6 mois / 2 000 000 \$ / viager / assuré	
Assurance annulation de voyage	5 000 \$ / voyage / assuré	
Franchise		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
- Médicaments et autres frais admissibles	50 \$ individuel 100 \$ monoparental 150 \$ familial	Aucune

Médicaments		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
Coassurance médicaments	75 % / 1 ^{ers} 2 400 \$ admissibles / 100 % excédent	80 % / 1 ^{ers} 2 400 \$ / 100 % excédent
Médicaments inclus dans le calcul de la contribution annuelle maximale	Tous les médicaments admissibles	
Clause	Régulière	
Médicaments contre la dysfonction érectile	1 000 \$ admissibles / année civile / assuré	
Produits antitabac	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	
Traitement de l'infertilité : Médicaments ou substances pour traitement de l'infertilité	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments Ces frais sont sans franchise
Paiement automatisé	Direct	
Franchise et coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments	Non	
Dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus	Surprime : Oui, selon l'âge de l'assuré	
Autres frais admissibles Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles, à moins d'indication contraire		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
Coassurance	75 %	80 %
Ambulance	Inclus	
Appareil auditif	1 500 \$ / 48 mois consécutifs / assuré	
Appareils thérapeutiques, appareils d'assistance respiratoire et oxygène (maximum pour l'ensemble de ces frais)	12 500 \$ / viager / assuré	
Articles de stomie	Inclus	
Bas de soutien	4 paires / année civile / assuré (moins de 20 mmHG)	
Centre de réadaptation et de convalescence	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré Frais remboursés à 100 %	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré Frais remboursés à 100 % et exempts de franchise

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

Autres frais admissibles (suite)		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICH
Chaussures correctrices et accessoires (maximum pour l'ensemble de ces frais)	250 \$ / année civile / assuré	
Chaussures orthopédiques, orthèses podiatriques (maximum pour l'ensemble de ces frais)	625 \$ / année civile / assuré	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	6 250 \$ / accident / assuré Les services doivent avoir débuté dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
Clinique privée pour alcoolisme et toxicomanie	120 \$ / jour / maximum 60 jours / année / assuré	
Dentiste en cas d'accident	Inclus Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
Échographies	500 \$ / année civile / assuré	
Fauteuil roulant, lit d'hôpital	Inclus	
Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant	300 \$ / 60 mois consécutifs / assuré	
Honoraires d'infirmiers ou infirmiers auxiliaires	15 000 \$ / 36 mois consécutifs / assuré	
Lecteur de glucose en continu	Inclus	
Membre artificiel	Inclus	
Multiservices – soins et services à domicile	500 \$ / année civile / assuré	
Neuro- stimulateur percutané	1 000 \$ / année civile / assuré	
Pansements, prothèses externes, béquilles, attelles, plâtres, supports, bandes herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques	Inclus	
Pompe à insuline	6 000 \$ / 5 années consécutives / assuré	
Pompe à insuline - accessoires	Inclus	
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie	Inclus	
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie	En excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec	

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

Autres frais admissibles (suite)		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
Radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes, imagerie en médecine nucléaire	Inclus	
Rapports et formulaires médicaux	50 \$ / rapport ou formulaire / assuré	
Résonances magnétiques	800 \$ / année civile / assuré	
Stérilet	Inclus	
Substance pour les injections sclérosantes	25 \$ / traitement / 15 traitements / année civile / assuré	
Tomodensitométrie	Inclus	
Travaux de transformation du domicile ou du véhicule	3 000 \$ / viager / assuré	
Soins visuels		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHI
Coassurance	75 %	80 %
Examen de la vue	Non retenu	1 examen par période de 24 mois consécutifs, par assuré Frais remboursés à 100 %
Chirurgie oculaire, lentilles cornéennes et lunettes (maximum pour l'ensemble de ces frais)	Non retenu	250 \$ par période de 24 mois consécutifs, par assuré Frais remboursés à 100 %
Lentilles intraoculaires	Inclus	
Lunettes ou lentilles cornéennes suite à une chirurgie de la cataracte	Inclus	

Professionnels de la santé Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHİ
Coassurance	75 %	80 %
Acupuncteur	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Audiologiste	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Chiropraticien (incluant les radiographies de chiropraticien)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Professionnels de la santé (suite)		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHİ
Diététiste et nutritionniste (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Ergothérapeute (incluant les rapports d'ergothérapeute)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Homéopathe	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Kinésithérapeute et massothérapeute (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Naturopathe et naturothérapeute (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Orthopédagogue	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Orthophoniste (incluant les rapports d'orthophoniste)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Orthothérapeute	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Ostéopathe	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

Podiatre et chiropodiste (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Psychologue et psychothérapeute (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Psychanalyste en clinique externe et psychiatre (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Travailleur social	750 \$ par année civile, par assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré

5.2 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

5.3 Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance.

5.4 Frais hors de la province de résidence

Si recommandé par un médecin, l'Assureur rembourse les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Québec, en excédent du montant supporté par le régime gouvernemental lorsque ces soins ne sont pas offerts au Québec, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins. Les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Canada sont admissibles uniquement lorsque les soins ne sont pas offerts ni au Québec, ni ailleurs au Canada.

Les frais doivent être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

5.5 Assurance voyage

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

Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période prévue au *Sommaire des garanties*; ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Si le séjour excède la période prévue au *Sommaire des garanties*, l'adhérent peut maintenir son assurance, sous réserve qu'il présente à l'Assureur une demande écrite et à la condition qu'il demeure admissible aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie du Québec.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Les frais admissibles sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*.

IMPORTANT -EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

5.5.1 Frais admissibles

5.5.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de 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.

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

Les frais d'hospitalisation et les honoraires professionnels de médecin pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial et 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.

5.5.1.3 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteux estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteux envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteux.

- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage et ne soit en mesure de le faire. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

5.5.1.4 Allocations de subsistance

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

5.5.2 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré qui en fait la demande, un service d'assistance-voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

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

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- g) L'Assisteur fournit sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- h) L'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.

- i) Lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

5.5.3 Obligations de l'assuré

- a) **AVIS** : l'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- b) **RESTRICTION** : l'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.
- c) **BILLETS NON UTILISÉS** : lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.
- d) **SUBROGATION** : aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteur. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

5.5.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 5.8, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de l'assuré;
- b) lorsque l'assuré refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré;
- c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;

- d) lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- e) lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- f) lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré 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;
- g) lorsque les frais hospitaliers sont 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;
- h) pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- i) pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- j) lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- k) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.
- l) lorsque les frais sont engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

5.6 Assurance annulation de voyage

L'Assureur rembourse, selon les modalités décrites au présent article, les frais engagés par l'assuré suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Les frais admissibles sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*.

5.6.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- 5.6.1.1 une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- 5.6.1.2 le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- 5.6.1.3 le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 5.6.1.4 le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- 5.6.1.5 la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause;
- 5.6.1.6 la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- 5.6.1.7 le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;

- 5.6.1.8 un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- 5.6.1.9 le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- 5.6.1.10 une modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

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

- 5.6.1.11 un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

- 5.6.1.12 les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- 5.6.1.13 un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- 5.6.1.14 La perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

5.6.2 Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré.

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

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

5.6.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la 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.

5.6.2.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

5.6.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 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 centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

5.6.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 5.6.3.1 si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 5.6.3.2 si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- 5.6.3.3 une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 5.6.3.4 la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- 5.6.3.5 la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- 5.6.3.6 une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- 5.6.3.7 lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;

- 5.6.3.8 la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- 5.6.3.9 une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- 5.6.3.10 lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.
- 5.6.3.11 lorsque les frais sont engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

5.6.4 Délai pour demander l'annulation

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

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

5.6.5 Coordination

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

5.6.6 Demande de prestations pour la garantie d'assurance annulation

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

- Les titres de transport inutilisés.
- Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- Les 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.
- Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable 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 par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- Le 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 de la route.
- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

5.7 Autres frais admissibles

5.7.1 Modalités de remboursement

Les frais pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties* et en fonction du module choisi par l'adhérent.

Dans le cas d'un nouvel adhérent, la pleine franchise est applicable pour l'année civile au cours de laquelle l'assurance dudit adhérent débute.

5.7.2 Description des frais complémentaires admissibles

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

5.7.2.1 Frais de médicaments

- a) Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande tel que prévu au présent contrat.
- b) Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a) du présent article, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :
 - troubles cardiaques;
 - troubles pulmonaires;
 - diabète;
 - arthrite;
 - maladie de Parkinson;
 - épilepsie;
 - fibrose kystique;
 - glaucome.
- c) Les médicaments contre la dysfonction érectile à la suite d'une opération de la prostate, vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé.
- d) Les médicaments ou substances utilisés pour le traitement de l'infertilité, vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé.

- e) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, l'assuré doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.
- f) Exclusions :
- les médicaments codés « V » ou « Z » dans la liste de médicaments de l'A.Q.P.P.;
 - les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
 - les substances ou aliments diététiques;
 - les médicaments homéopathiques;
 - les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;
 - les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessité à la suite d'un accident;
 - les produits antitabac, sous réserve du point a);
 - les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance, sous réserve du point c);
 - toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
 - les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

- 5.7.2.2 Les frais d'achat d'un stérilet.
- 5.7.2.3 Les frais d'achat d'articles pour stomie.
- 5.7.2.4 Les honoraires d'infirmiers licenciés ou d'infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins médicaux donnés à l'extérieur de l'hôpital, à l'exclusion de soins rendus par toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille.
- 5.7.2.5 L'achat, la réparation ou la location d'un appareil d'assistance respiratoire, ainsi que les frais de location d'appareils thérapeutiques.

Les appareils d'assistance respiratoire comprennent, notamment, mais sans s'y limiter, les appareils de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), les moniteurs d'apnée, les cylindres et les concentrateurs d'oxygène. Sont également admissibles les frais pour l'achat d'oxygène.
- 5.7.2.6 Les frais pour l'achat ou le remplacement d'un membre artificiel pour une perte survenue en cours d'assurance.
- 5.7.2.7 Les honoraires d'audiologistes, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation. Les frais de rapports médicaux effectués par un des professionnels de la santé précités peuvent également être admissibles lorsqu'une mention à cette fin est indiquée au *Sommaire des garanties*.
- 5.7.2.8 Les frais de location, remplacement ou achat de pansements, prothèses externes (sauf les prothèses dentaires), béquilles, attelles, plâtres, supports, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques.
- 5.7.2.9 Les frais d'achat de bas de soutien.
- 5.7.2.10 Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation et de convalescence au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que l'assuré soit admis dans une telle institution moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.
- 5.7.2.11 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de fauteuil roulant ou de lit de type hospitalier.
- 5.7.2.12 Les frais pour radiographies, analyses de laboratoire, imagerie en médecine nucléaire et électrocardiogrammes passés sans être hospitalisé, aux fins de prévention ou de diagnostic.

- 5.7.2.13 Les frais des rapports et des formulaires médicaux exigés par l'Assureur.
- 5.7.2.14 Les frais de chirurgie esthétique suite à un accident survenu en cours d'assurance, à condition que les services aient débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- 5.7.2.15 Le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques ou d'orthèses podiatriques fabriquées sur mesure pour l'assuré par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p-35).
- 5.7.2.16 Les frais d'achat de chaussures correctrices vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p-35).
- 5.7.2.17 Les frais d'achat d'accessoires préfabriqués ajoutés à des chaussures ordinaires permettant de corriger un défaut du pied. Ces accessoires doivent être obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p-35).
- 5.7.2.18 Les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin.
- 5.7.2.19 Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant.
- 5.7.2.20 Les frais d'achat de prothèse mammaire nécessaire suite à une mastectomie radicale, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 5.7.2.21 Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie et reconnue comme tel, excluant toutefois le tabagisme.
- 5.7.2.22 Les honoraires pour un examen de la vue ou de l'œil effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- 5.7.2.23 Les frais de chirurgie oculaire effectuée par un ophtalmologiste afin d'améliorer l'acuité visuelle. Sont également admissibles les frais pour l'achat d'accessoires requis lors d'une chirurgie oculaire.
- 5.7.2.24 Les frais d'achat de lentilles cornéennes et de lunettes sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste afin d'améliorer l'acuité visuelle.
- 5.7.2.25 Les frais d'achat de lunettes ou lentilles cornéennes rendues nécessaires suite à une opération de la cataracte.

- 5.7.2.26 Les frais d'achat de lentilles intraoculaires requises pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.
- 5.7.2.27 Les frais pour des travaux de transformation du domicile ou du véhicule de l'assuré, rendus nécessaires lorsque, suite à un événement survenu alors que cette assurance est en vigueur, l'assuré est contraint à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant.
- 5.7.2.28 Les frais d'achat, de remplacement, location, ajustement et réparation d'appareils auditifs.
- 5.7.2.29 Les frais d'achat de prothèse capillaire nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 5.7.2.30 Les frais d'échographies effectuées à l'extérieur du centre hospitalier.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, et nécessaires au traitement de l'assuré. Toutefois, la condition de l'assuré n'a pas à être constatée par un médecin.

- 5.7.2.31 Les honoraires de psychanalystes en clinique externe, psychiatres, psychologues et psychothérapeutes, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à raison d'une visite par jour.
- 5.7.2.32 Les honoraires de physiothérapeutes ou de thérapeutes en réadaptation physique, exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de physiatres, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 5.7.2.33 Les honoraires de chiropraticiens, incluant les radiographies, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à une prestation.
- 5.7.2.34 Les honoraires de podiatres, chiropodistes, ostéopathes, naturopathes, naturothérapeutes, homéopathes, acupuncteurs, diététistes, nutritionnistes, orthothérapeutes et travailleurs sociaux, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou, à défaut, d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 5.7.2.35 Les honoraires de kinésithérapeutes et massothérapeutes, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 5.7.2.36 Les honoraires d'orthopédagogues possédant les qualifications et permis requis par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

- 5.7.2.37 Les honoraires d'un dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.
- Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.
- 5.7.2.38 Les frais de transport par ambulance au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence.
- 5.7.2.39 Les frais de résonances magnétiques, prescrites par un médecin, effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.
- 5.7.2.40 Multiservices
- Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré.
- 5.7.2.40.1 les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- 5.7.2.40.2 les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de l'assuré (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement), effectués par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- 5.7.2.40.3 les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- 5.7.2.40.4 les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais d'accompagnement, si nécessaire, par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- 5.7.2.40.5 les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation.
- 5.7.2.41 Les frais d'achat d'un neurostimulateur percutané pour les nerfs seulement.

- 5.7.2.42 Les frais d'achat d'une pompe à insuline destinée au contrôle du diabète, à la condition que la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- 5.7.2.43 L'achat d'accessoires requis exclusivement pour l'utilisation d'une pompe à insuline. Sont également admissibles les frais pour le lecteur de glucose en continu.

5.8 Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants, sauf si expressément couverts au *Sommaire des garanties* selon le module choisi par l'adhérent :

- 5.8.1 pour des vaccins préventifs;
- 5.8.2 pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement, sauf si nécessités par suite d'un accident;
- 5.8.3 pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- 5.8.4 pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 5.8.5 pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement;
- 5.8.6 pour tout produit ou service non médicalement requis;
- 5.8.7 pour des prothèses capillaires sauf à la suite de traitements de chimiothérapie;
- 5.8.8 pour un examen de la vue ou de l'ouïe;
- 5.8.9 pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier;
- 5.8.10 pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé;
- 5.8.11 pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 5.8.12 en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 5.8.13 par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 5.8.14 pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale;
- 5.8.15 en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association
des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

5.8.16 pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction stipulées à l'article 5.5.4 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions mentionnées à l'article 5.6.3 s'appliquent.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, et les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Également, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures 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 ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.

5.9 Demande de prestations

Pour le remboursement des frais de médicaments, l'adhérent peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

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

Si l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai, et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier du présent régime d'assurance.

5.10 Coordination des prestations

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

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

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

5.11 Renseignements

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

5.12 Renonciation à la responsabilité

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

5.13 Droit de transformation

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans un délai de 60 jours. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son régime collectif d'assurance maladie. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

5.14 Prolongation

Pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de la terminaison de l'assurance d'un adhérent, l'Assureur rembourse, pour l'adhérent invalide, le conjoint et les enfants à charge assurés alors hospitalisés lors de la terminaison de l'assurance, les frais admissibles engagés par suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'invalidité ou l'hospitalisation, à condition que :

- avant la date de terminaison de son assurance, l'adhérent ait engagé des frais admissibles par suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé son invalidité ou l'hospitalisation du conjoint ou d'un enfant à charge assuré et que
- l'invalidité ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

5.15 Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent

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

- 5.15.1 la date coïncidant avec la fin d'une période de 12 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;

5.15.2 la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent;

5.15.3 la date de fin du contrat ou de la garantie.

5.16 Fin de l'assurance

5.16.1 Le régime d'assurance maladie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

5.16.1.1 la date de la fin du contrat;

5.16.1.2 la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite;

5.16.1.3 la date de la cessation du lien d'emploi pour un adhérent invalide;

5.16.1.4 dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent;

5.16.1.5 la date de mise à la retraite.

5.16.2 L'assurance du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

5.16.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent sous réserve des dispositions concernant la « Prolongation de la protection des personnes suite au décès de l'adhérent »;

5.16.2.2 la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge;

5.16.2.3 la date à laquelle l'adhérent change son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel.

ARTICLE 6 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU RETRAITÉ AVANT LE 2 AVRIL 2001

Les frais décrits ci-après sont couverts en cas d'accident, de maladie ou de grossesse.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Les frais décrits aux articles 6.1 à 6.6 inclusivement sont exempts de franchise et remboursés à 100 %.

6.1 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

6.2 Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à 180 jours par année civile par assuré.

6.3 Maison de convalescence

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du montant d'une chambre semi-privée pourvu que l'assuré soit admis dans une telle institution moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par invalidité.

6.4 Frais hors de la province de résidence

Si recommandé par un médecin, l'Assureur rembourse les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Québec, en excédent du montant supporté par le régime gouvernemental lorsque ces soins ne sont pas offerts au Québec, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins. Les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Canada sont admissibles uniquement lorsque les soins ne sont pas offerts ni au Québec, ni ailleurs au Canada.

Les frais doivent être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec et sont sujets à un maximum annuel de 50 000 \$ par assuré.

6.5 Assurance voyage

Les frais usels sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder 6 mois consécutifs; ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Si le séjour excède 6 mois, l'adhérent peut maintenir son assurance, sous réserve qu'il présente à l'Assureur une demande écrite et à la condition qu'il demeure admissible aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie du Québec.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux

Le remboursement maximal par assuré est de 2 000 000 \$ viager.

IMPORTANT - EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

6.5.1 Frais admissibles

6.5.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

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

Les frais d'hospitalisation et les honoraires professionnels de médecin pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial et 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.

6.5.1.3 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteuse.

- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage et ne soit en mesure de le faire. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

6.5.1.4 Allocations de subsistance

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

6.5.2 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré qui en fait la demande, un service d'assistance-voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

- a) Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage.

Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à l'Assureur.

- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de l'assuré dans une clinique ou un hôpital approprié.
- c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

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

6.5.3 Obligations de l'assuré

- a) **AVIS** : l'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- b) **RESTRICTION** : l'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.
- c) **BILLETS NON UTILISÉS** : lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

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

6.5.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 6.8, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de l'assuré;
- b) lorsque l'assuré refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré;
- c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;
- d) lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- e) lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- f) lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré 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;
- g) lorsque les frais hospitaliers sont 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;

- h) pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- i) pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- j) lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- k) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.
- l) lorsque les frais sont engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
 - tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

6.6 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites au présent article, 100 % des frais engagés par l'assuré suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.

6.6.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- 6.6.1.1 une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- 6.6.1.2 le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- 6.6.1.3 le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 6.6.1.4 le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- 6.6.1.5 la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause;
- 6.6.1.6 la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- 6.6.1.7 le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- 6.6.1.8 un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- 6.6.1.9 le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;

6.6.1.10 une modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :

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

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

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

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré,
- l'assuré s'est conformé à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

6.6.1.11 un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à

100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

6.6.1.12 les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;

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

- 6.6.1.14 La perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

6.6.2 Frais couverts

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

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

Par ailleurs, tout service rendu par un fournisseur de services de voyage, que ce soit sous la forme d'un billet, d'une réservation, d'une location ou sous toute autre forme, doit être inutilisé, inutilisable, non remboursable et non transférable.

6.6.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la 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.

6.6.2.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

6.6.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 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 centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

6.6.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 6.6.3.1 si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 6.6.3.2 si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- 6.6.3.3 une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 6.6.3.4 la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- 6.6.3.5 la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- 6.6.3.6 une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- 6.6.3.7 lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- 6.6.3.8 la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;

- 6.6.3.9 une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- 6.6.3.10 lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.
- 6.6.3.11 lorsque les frais sont engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

6.6.4 Délai pour demander l'annulation

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

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

6.6.5 Coordination

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

6.6.6 Demande de prestations pour la garantie d'assurance annulation

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

- Les titres de transport inutilisés.
- Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- Les 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.
- Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable 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 par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- Le 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 de la route.
- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.

- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

6.7 **Autres frais admissibles**

6.7.1 Modalités de remboursement

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé à 75 % par l'Assureur après déduction d'une seule franchise par année civile de 75 \$ pour l'adhérent couvert en vertu d'un statut de protection individuel et de 150 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts en vertu d'un statut de protection familial ou monoparental. Toutefois, si le total des frais de médicaments admissibles excède 2 400 \$ par année civile pour l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, l'excédent est remboursable à 100 %.

Dans le cas d'un nouveau retraité, la pleine franchise est applicable pour l'année civile au cours de laquelle son assurance en tant que retraité débute. Cependant, la partie de franchise utilisée, alors que le retraité était assuré en tant qu'actif, est déduite de la franchise applicable en vertu du régime d'assurance maladie du retraité.

6.7.2 Description des frais complémentaires admissibles

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

- a) Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A- 29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande tel que prévu à l'article 2.2.4.2.

b) Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a) du présent article, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé e qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

c) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, l'assuré doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

d) Exclusions :

- les médicaments codés « V » ou « Z » dans la liste de médicaments de l'A.Q.P.P.;
- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- les substances ou aliments diététiques;
- les médicaments homéopathiques;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif.

Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;

- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessité à la suite d'un accident;
- les produits antitabac;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance;
- toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

Pour le remboursement des frais de médicaments, l'adhérent peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

6.7.2.2 Les frais d'achat d'un stérilet.

6.7.2.3 Les honoraires d'infirmiers licenciés ou d'infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins donnés à l'extérieur de l'hôpital, à l'exclusion de soins rendus par toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ de frais admissibles par période de 36 mois consécutifs, par assuré.

6.7.2.4 Les frais d'oxygène et la location du matériel qui sert à l'administrer, sang et plasma, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.

6.7.2.5 Les frais de location d'appareils thérapeutiques, sujets à un maximum viager de 12 500 \$ de frais admissibles, par assuré.

6.7.2.6 Les frais pour l'achat ou le remplacement d'un membre artificiel pour une perte survenue en cours d'assurance.

- 6.7.2.7 Les honoraires d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'audiologistes, de physiothérapeutes (*) ou de thérapeutes en réadaptation physique (*) exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de physiatres, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- (*) Pour ces professionnels de la santé, la condition de l'assuré n'a pas à être constatée par un médecin.
- 6.7.2.8 Les frais de location, remplacement ou achat de pansements, prothèses (sauf les prothèses dentaires), béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques.
- 6.7.2.9 Les frais d'achat de bas de soutien, jusqu'à concurrence de 4 paires par année civile, par assuré.
- 6.7.2.10 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de fauteuil roulant ou de lit de type hospitalier.
- 6.7.2.11 Les frais pour radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes et imagerie en médecine nucléaire passés sans être hospitalisé, aux fins de prévention ou de diagnostic.
- 6.7.2.12 Les frais des rapports et des formulaires médicaux exigés par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 50 \$ par rapport ou par formulaire, par assuré.
- 6.7.2.13 Les frais de chirurgie esthétique suite à un accident survenu en cours d'assurance, sujets à un maximum de 6 250 \$ de frais admissibles par accident, à condition que les services aient débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- 6.7.2.14 Le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques ou d'orthèses podiatriques, fabriquées sur mesure pour l'assuré, par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q. ch. p.-35), jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- 6.7.2.15 Les frais d'achat de chaussures correctrices, vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p.-35), jusqu'à concurrence de 250 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- 6.7.2.16 Les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin, jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par traitement et de 15 traitements par année civile, par assuré.

- 6.7.2.17 Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par période de 60 mois consécutifs, par assuré.
- 6.7.2.18 Les frais d'achat de prothèse mammaire nécessaires suite à une mastectomie radicale, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 6.7.2.19 Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie et reconnue comme tel excluant toutefois le tabagisme, jusqu'à concurrence de 80 \$ de frais admissibles par jour et de 2 500 \$ de frais admissibles viager, par assuré.
- 6.7.2.20 Les frais d'achat de lunettes ou lentilles cornéennes rendues nécessaire suite à une opération de la cataracte.
- 6.7.2.21 Les frais pour des travaux de transformation du domicile ou du véhicule de l'assuré, rendus nécessaires lorsque, suite à un événement survenu alors que cette assurance est en vigueur, l'assuré est contraint à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ de frais admissibles viager.
- 6.7.2.22 Les frais d'achat, de remplacement, location, ajustement et réparation d'appareils auditifs jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de frais admissibles par période de 48 mois consécutifs, par assuré.
- 6.7.2.23 Les frais d'achat de prothèse capillaire nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie.
- Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, et nécessaires au traitement de l'assuré. Toutefois, la condition de l'assuré n'a pas à être constatée par un médecin.
- 6.7.2.24 Les honoraires de psychanalystes et psychologues membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialistes.
- 6.7.2.25 Les honoraires de chiropraticiens, podiatres, ostéopathes, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, acupuncteurs, diététistes, travailleurs sociaux, orthothérapeutes et kinésithérapeutes, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou, à défaut, d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation. Les radiographies effectuées par un chiropraticien sont

remboursables jusqu'à un montant admissible de 40 \$ par année civile, par assuré.

- 6.7.2.26 Les honoraires d'un dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

- 6.7.2.27 Les frais de transport par ambulance au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence.

- 6.7.2.28 Les frais de résonances magnétiques, prescrites par un médecin, effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence de 800 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

6.7.2.29 Multiservices

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles jusqu'à concurrence d'un montant de 500 \$ par assuré, par année civile pour l'ensemble de ces frais, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré.

- a) les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- b) les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de l'assuré (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement), effectués par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- c) les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- d) les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais d'accompagnement, si nécessaire, par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- e) les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation.

6.7.2.30 Les frais d'achat d'un neurostimulateur percutané pour les nerfs seulement, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

6.7.2.31 Les frais d'achat d'une pompe à insuline destinée au contrôle du diabète et d'un lecteur de glucose en continu, à la condition que la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 6 000 \$ par période de 5 années consécutives, par assuré, pour l'ensemble de ces frais.

6.8 Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants :

- 6.8.1 pour des vaccins préventifs;
- 6.8.2 pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement, sauf si nécessités par suite d'un accident;
- 6.8.3 pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- 6.8.4 pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 6.8.5 pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement;
- 6.8.6 pour tout produit ou service non médicalement requis;
- 6.8.7 pour des prothèses capillaires sauf à la suite de traitements de chimiothérapie;
- 6.8.8 pour un examen de la vue ou de l'ouïe;
- 6.8.9 pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier;
- 6.8.10 pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé;
- 6.8.11 pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 6.8.12 en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 6.8.13 par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 6.8.14 pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale;
- 6.8.15 en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;

6.8.16 pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction stipulées à l'article 6.5.4. s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions mentionnées à l'article 6.6.3 s'appliquent.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, et les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Également, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures 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 ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.

6.9 Demande de prestations

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

Si l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai, et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier du présent régime d'assurance.

6.10 Coordination des prestations

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

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

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

6.11 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque assuré soit

avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et l'assuré convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout hôpital, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

6.12 Renonciation à la responsabilité

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

6.13 Prolongation

Pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de la terminaison de l'assurance d'un adhérent, l'Assureur rembourse, pour l'adhérent invalide, le conjoint et les enfants à charge assurés alors hospitalisés lors de la terminaison de l'assurance, les frais admissibles engagés par suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'invalidité ou l'hospitalisation, à condition que :

- avant la date de terminaison de son assurance, l'adhérent ait engagé des frais admissibles par suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé son invalidité ou l'hospitalisation du conjoint ou d'un enfant à charge assuré et que
- l'invalidité ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

6.14 Fin de l'assurance

6.14.1 Le régime d'assurance maladie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- 6.14.1.1 la date de la fin du contrat;
- 6.14.1.2 dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent;
- 6.14.1.3 la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

6.14.2 L'assurance du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

- 6.14.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- 6.14.2.2 la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge;
- 6.14.2.3 la date à laquelle l'adhérent change son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel selon les dispositions de l'article 2.2.4.2.

ARTICLE 7 – RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'Assureur rembourse les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste généraliste ou spécialiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire, pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs des actes bucco-dentaires indiqués dans le guide des praticiens généralistes approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec de l'année courante, tel que prévu dans les modules expressément couverts au *Sommaire des garanties*.

Lorsque le guide des tarifs des actes bucco-dentaires n'est pas émis une année donnée, le terme « tarifs des actes bucco-dentaires » peut également se rapporter à un guide de tarifs ajustés alors établi par l'Assureur en tenant compte de l'évolution de l'art dentaire et de la mise à jour de ce guide.

7.1 Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime de soins dentaires, en plus de celles prévues à l'*Article 1 - Définitions*.

- **Guide des tarifs** : guide annuel des actes buccodentaires approuvé par l'association dentaire de la province de résidence de l'assuré.

En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que la personne non assurée doit normalement payer pour les mêmes services, soins, traitements et fournitures, compte tenu des normes qui, selon l'Assureur, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste.

- **Sextant ou quadrant** : division des maxillaires correspondant respectivement à 6 ou 4 parties.
- **Unité** : intervalle de 15 minutes ou toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

7.2 Sommaire des garanties

REGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	
MODULE ENRICHI	
Franchise annuelle applicable sur les modules A, B, C et D	50 \$ individuel 100 \$ monoparental 150 \$ familial
Report de franchise	Oui
Païement automatisé	Direct
Module A : Soins préventifs	100 %
– Fréquence : examen de rappel, polissage, application de fluorure et détartrage	1 par 9 mois consécutifs
Module B : Soins de restaurations de base	80 %
Module C : Soins de restaurations majeures	60 %
Module D : Soins d'orthodontie	50 % Seuls les frais encourus pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans, à la date de début des soins, sont admissibles à un remboursement en vertu des soins d'orthodontie.
Maximum de remboursement annuel	2 000 \$ par année civile, applicable sur les modules : A, B et C 2 500 \$ viager applicable sur le module D
Guide des tarifs	De l'année courante

7.3 Modalités de remboursement

Les frais admissibles pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés à l'intention des dentistes généralistes et spécialistes pour l'année de référence spécifiée au *Sommaire des garanties*.

Tout montant payé à titre de franchise au cours des 3 derniers mois d'une année civile est déduit de la franchise applicable pour l'année suivante.

Finalement, lorsque plus d'un service, soin, traitement ou fourniture existent pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais admissibles aux frais les moins coûteux.

Plan de traitement

Pour tous les soins de restaurations majeures ou d'orthodontie, lorsque de tels soins sont prévus au *Sommaire des garanties*, il est conseillé à l'assuré de présenter un plan de traitement détaillé à l'Assureur avant le début du traitement. Après analyse du plan de traitement, l'Assureur informe l'assuré au sujet du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions de ce contrat.

7.4 Frais de soins dentaires

7.4.1 Conditions d'admissibilité des frais de soins dentaires

L'Assureur rembourse les frais de soins dentaires si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- a) les soins dentaires doivent être recommandés par un dentiste et conformes à la pratique courante de l'art dentaire;
- b) les soins dentaires doivent être prodigués par un professionnel de la santé dentaire légalement autorisé à pratiquer;
- c) les soins dentaires doivent être prodigués alors que l'assuré est couvert en vertu de cette garantie, et ce, même si un plan de traitement a été approuvé par l'Assureur avant la date de fin de son assurance.

7.4.2 Module A : Soins préventifs

- a) Examens buccaux cliniques
 - i) Examen complet : 1 examen par période de 36 mois consécutifs
 - ii) Examen de rappel : 1 examen par période indiquée au *Sommaire des garanties*
 - iii) Examen buccal des enfants, non remboursable par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence : 1 examen par période de 12 mois consécutifs

- iv) Examen d'urgence ou examen d'aspect particulier : 1 seul de ces examens par période de 6 mois consécutifs
- v) Examen parodontal complet, examen des dysfonctions du système stomatognathique ou examen prosthodontique : 1 seul de ces examens par période de 36 mois consécutifs
- vi) Examen parodontal de contrôle
- b) Radiographies
 - i) Radiographies intraorales;
 - ii) Radiographies extraorales, à l'exception des scanographies et des radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire.

Exclusions et limitations : le remboursement des frais pour les radiographies est limité à deux séances par période de 12 mois consécutifs. De plus, le remboursement des frais pour la radiographie panoramique est limité à une radiographie par période de 36 mois consécutifs.

Quant aux frais pour la radiographie céphalométrique et celle de la main et du poignet, ils sont admissibles en vertu des soins d'orthodontie, lorsque de tels soins sont prévus au *Sommaire des garanties*.

- c) Examens de laboratoire et tests
 - i) Test pulpaire;
 - ii) Test bactériologique;
 - iii) Test de susceptibilité à la carie;
 - iv) Biopsie de tissu mou ou dur (par incision, excision ou ponction);
 - v) Test cytologique;
 - vi) Photographie diagnostique;
 - vii) Consultation.
- d) Prévention
 - i) Polissage de la partie coronaire des dents : un polissage par période indiquée au *Sommaire des garanties*;
 - ii) Application topique de fluorure pour les enfants à charge âgés de moins de 16 ans : une application par période indiquée au *Sommaire des garanties*;
 - iii) Finition d'obturation et ablation de matériau obturateur;
 - iv) Scellant de puits et de fissures pour les enfants à charge âgés de moins de 16 ans;

- v) Meulage interproximal et améloplastie;
- vi) Détartrage : 10 unités de temps par période indiquée au *Sommaire des garanties*;
- vii) Appareil de maintien d'espace pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans;
- viii) Contrôle des habitudes buccales pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans.

7.4.3 Module B : Soins de restaurations de base

a) Restaurations

- i) Pansement sédatif;
- ii) Meulage et polissage d'une dent traumatisée;
- iii) Collage et cimentation de fragment de dent brisée;
- iv) Restauration en amalgame;
- v) Restauration en résine ou en composite;
- vi) Facette fabriquée au fauteuil;
- vii) Fermeture de diastème;
- viii) Tenon, pour restauration;
- ix) Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante;
- x) Couronnes complètes préfabriquées;
- xi) Restaurations complètes préfabriquées.

Limitation : les frais pour le remplacement d'une restauration sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 12 mois depuis la date à laquelle la restauration précédente a été réalisée.

b) Endodontie

- i) Urgence endodontique;
- ii) Traitements endodontiques généraux;
- iii) Thérapie canalaire;
- iv) Chirurgie endodontique;
- v) Blanchiment d'une dent dévitalisée;

Limitation : le remboursement des frais pour le blanchiment d'une dent dévitalisée est limité à 2 séances par année civile.

vi) Autres services endodontiques :

- supplément pour un traitement à travers une couronne;
- tentative infructueuse de compléter un traitement de canal.

c) Parodontie

i) Traitement d'une infection ou d'une inflammation;

ii) Désensibilisation;

Limitation : le remboursement des frais de désensibilisation est limité à 3 unités par année civile.

iii) Équilibrage mineur de l'occlusion;

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage mineur de l'occlusion est limité à 6 unités de temps par année civile ou à 6 séances par année civile, selon la province de résidence de l'assuré.

iv) Équilibrage majeur de l'occlusion;

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage majeur de l'occlusion est limité à 3 unités de temps par année civile ou à une séance par année civile, selon la province de résidence de l'assuré.

v) Services parodontaux, chirurgicaux;

Limitation : le remboursement des frais pour le surfaçage radiculaire est limité à 6 unités de temps par année civile ou une fois par dent par période de 24 mois consécutifs, selon la province de résidence de l'assuré.

vi) Traitement parodontaux d'appoint :

- Jumelage;
- Appareil intraoral pour contrôler une parafunction.

Limitations : le remboursement des frais pour l'achat d'un appareil intraoral est limité à un appareil par période de 60 mois consécutifs. Le remboursement des frais de réparation et de regarnissage est limité à une fois par année civile.

- Irrigation;
- Application d'agent anti-microbien.

d) Chirurgie buccale

i) Ablation de dents ayant fait éruption et sutures;

ii) Ablation chirurgicale, à l'exception de l'exposition chirurgicale comprenant l'attache orthodontique;

iii) Correction et remodelage des tissus buccaux;

Exclusion : les frais pour la préservation de la crête à la suite d'une extraction

ne sont pas admissibles à un remboursement.

- iv) Ablation et curetage d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome intraosseux;
- v) Incision et drainage;
- vi) Lacération de tissu mou ou de part en part, réparation;
- vii) Hémorragie, contrôle.
- e) Services généraux
 - i) Anesthésie locale aux fins de diagnostic;
 - ii) Sédation consciente;
 - iii) Visites au cabinet dentaire en dehors des heures normales.
- f) Prothèses amovibles, services complémentaires
 - i) Ajustement mineur;
 - ii) Remontage et équilibrage;
 - iii) Réparation;
 - iv) Ajout de structure à une prothèse partielle;
 - v) Regarnissage et rebasage;
 - vi) Garnissage temporaire thérapeutique;
 - vii) Remplacement des dents d'une prothèse.

Exclusions et limitations : les frais pour les services énumérés ci-dessus sont admissibles à un remboursement seulement s'ils sont effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de la prothèse et s'il s'est écoulé au moins 36 mois depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas. Les frais pour ces services ne sont toutefois pas admissibles s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

7.4.4 Module C : Soins de restaurations majeures

- a) Modèles de diagnostic
- b) Prothèses amovibles
 - i) Prothèse complète;
 - ii) Prothèse partielle;
 - iii) Réfection, prothèse partielle.

Exclusion : les frais pour les prothèses maxillo-faciales ne sont pas admissibles à un remboursement.

- c) Prothèse fixe
 - i) Facette fabriquée en laboratoire;
 - ii) Aurifications;
 - iii) Incrustations en métal, porcelaine, résine ou céramique :

Tenons de rétention dans l'incrustation.

- iv) Couronne individuelle et actes complémentaires;
- v) Reconstitution d'une dent en vue d'une couronne;
- vi) Ablation, recimentation et réparation d'une couronne, d'une incrustation ou d'une facette;
- vii) Pivot radiculaire;
- viii) Ponts fixes et actes complémentaires :
 - Pontique;
 - Pilier;
 - Ablation et décimentation;
 - Sectionnement;
 - Immobilisation;
 - Recimentation;
 - Réparation.
- ix) Autres services de prothèse :
 - Couronne télescopique;
 - Attache de semi-précision ou de précision.

Exclusions et limitations :

- a) Les frais pour l'achat d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'extraction ayant justifié cet achat a eu lieu alors que l'assuré était couvert par cette garantie;
- b) Les frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'assuré peut démontrer à la satisfaction de l'Assureur que :
 - i) le remplacement est requis à la suite d'extractions de dents ayant été faites après la mise en bouche initiale de la prothèse amovible ou fixe; ou
 - ii) la prothèse amovible ou fixe ne peut être réparée. De plus, si la mise en bouche de la prothèse a été faite alors que cette garantie était en vigueur, les frais de remplacement sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 5 ans avant ce remplacement.

- c) Le remboursement des frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe est limité au coût d'une prothèse équivalente à celle que l'assuré possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement.
- d) Le remboursement des frais pour une prothèse équilibrée ou une prothèse sur implants est limité au coût d'une prothèse standard équivalente.

7.4.5 Module D : Soins d'orthodontie

- a) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie;
- b) Examen complet d'orthodontie;
- c) Radiographie céphalométrique;
- d) Radiographie de la main et du poignet;
- e) Ajustement, modification ou recimentation (appareil fixe ou amovible);
- f) Exposition chirurgicale, incluant l'attache orthodontique;
- g) Urgences orthodontiques;
- h) Appareils amovibles;
- i) Appareils orthopédiques;
- j) Appareils fixes;
- k) Appareils de rétention;
- l) Orthodontie majeure.

Limitation : le remboursement des frais admissibles engagés pour des soins orthodontiques s'effectue en tenant compte de l'âge maximum, au début du traitement, pour les enfants à charge indiqué au *Sommaire des garanties*.

7.5 Exclusions et limitations de la garantie

Aucune prestation n'est payable si les frais engagés résultent directement ou indirectement, totalement ou partiellement, de l'une des causes ou circonstances suivantes :

7.5.1 Au Canada, à l'exception du Québec, pour toute condition survenue lors de, ou découlant de, la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé comme tel, y compris le fait de conduire un véhicule automobile avec les capacités affaiblies par l'alcool ou une drogue, ou avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.

Au Québec, pour toute condition survenue lors de, découlant de, ou résultant de la commission ou de la participation de l'assuré à un acte criminel prévu au Code criminel du Canada ou à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances; de même que pour toute condition survenue lors de, découlant de, ou résultant de la commission ou de la participation de l'assuré à une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire relative à des contacts sexuels, l'incitation à des contacts sexuels, la possession de pornographie juvénile, le leurre, la capacité de conduire affaiblie par l'alcool ou la drogue, l'omission ou le refus d'obtempérer à toute procédure de vérification de la présence d'alcool ou de drogue ou le prélèvement d'échantillons d'haleine ou de sang, les voies de fait, une agression sexuelle, le trafic de substances, la possession en vue du trafic, ainsi que la production de substance. Cette exclusion s'applique malgré l'absence d'une déclaration de culpabilité par tout tribunal ayant juridiction en la matière.

7.5.2 Une blessure ou une mutilation que l'assuré s'est infligée, et ce, peu importe les raisons, les causes ou les circonstances.

7.5.3 Une guerre ou la participation de l'assuré à une émeute ou à une perturbation de l'ordre public.

7.5.4 Le service actif de l'assuré dans les forces armées de n'importe quel pays.

De plus, aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

7.5.5 Tout service, soin, traitement et fourniture, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical et la restauration ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

7.5.6 Tout implant dentaire ainsi que tout service, soin, traitement et fourniture liés aux implants. Les frais pour les prothèses sur implants sont toutefois admissibles selon les modalités applicables aux soins de restaurations majeures.

7.5.7 Tout service, soin, traitement et fourniture à des fins esthétiques, notamment la transformation, l'extraction ou le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.

7.5.8 Tout service, soin, traitement et fourniture prodigués gratuitement ou qui n'a pas été payé par l'assuré.

7.5.9 Tous frais engagés pour des services, soins, traitements et fournitures que l'assuré n'est pas tenu de payer ou ne serait pas tenu de payer s'il n'avait pas été couvert en vertu cette garantie.

7.5.10 Tout service, soin, traitement et fourniture qui ne sont pas expressément prévus par cette garantie.

7.5.11 Toute partie des frais ou tous frais en excédent des frais raisonnables et coutumiers.

7.5.12 Tous frais dont l'adhérent ne peut prouver que l'assuré les a engagés.

Par ailleurs, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés dans le Guide des tarifs.

Finalement, lorsque les termes « sextant » ou « quadrant » sont utilisés dans la description d'un traitement dans le Guide des tarifs, les frais admissibles correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile, par assuré ou à 4 quadrants distincts par année civile, par assuré.

7.6 Demande de prestations

Pour le remboursement des frais, l'adhérent peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

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

Si l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai, et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier du présent régime d'assurance.

7.7 Coordination des prestations

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

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

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

7.8 Renseignements

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

7.9 Renonciation à la responsabilité

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

7.10 Droit de transformation

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance soins dentaires individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans un délai de 60 jours. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance soins dentaire individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son régime collectif d'assurance soins dentaires. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

7.11 Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent

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

7.11.1 la date coïncidant avec la fin d'une période de 12 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;

7.11.2 la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent;

7.11.3 la date de fin du contrat ou de la garantie.

7.12 Fin de l'assurance

7.12.1 Le régime d'assurance soins dentaires de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

7.12.1.1 la date de la fin du contrat;

7.12.1.2 la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite;

7.12.1.3 la date de la cessation du lien d'emploi pour un adhérent invalide;

- 7.12.1.4 dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent;
- 7.12.1.5 la date de la mise à la retraite.
- 7.12.2 L'assurance du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :
 - 7.12.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent sous réserve des dispositions concernant la « Prolongation de la protection des personnes suite au décès de l'adhérent »;
 - 7.12.2.2 la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge;
 - 7.12.2.3 la date à laquelle l'adhérent change son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel.

ARTICLE 8 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE COURTE DURÉE – EMPLOYÉ DE L'ASSOCIATION

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes, et après expiration du délai de carence tel que défini à l'article 8.2, l'Assureur verse à cet adhérent une prestation hebdomadaire dont le montant est déterminé ci-après :

8.1 Période de prestations

Le premier versement de la prestation est payable à compter du 7^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués à toutes les semaines.

Le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 8.1.1 l'expiration d'une période maximale de prestations de 16 semaines;
- 8.1.2 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- 8.1.3 la fin de l'invalidité totale;
- 8.1.4 le décès de l'adhérent.

Indépendamment de ce qui précède, si ce régime est enregistré auprès de l'assurance-emploi, le versement des prestations d'assurance salaire courte durée peut se poursuivre après l'âge prévu de fin de l'assurance pour un adhérent qui est toujours invalide.

8.2 Délai de carence

Signifie une période de 7 jours consécutifs en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation.

8.3 Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal à 70 % du salaire hebdomadaire de l'adhérent au début de la période d'invalidité totale. Cette prestation est limitée au maximum avec et sans preuves d'assurabilité de 1 000 \$, et réduite de la somme des montants suivants :

- 8.3.1 les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, y compris une rente de retraite du Régime de rentes du Québec que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit. Cela comprend les prestations de rente d'invalidité auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite du Régime de rentes du Québec est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite;

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025

8.3.2 les prestations reliées à l'invalidité totale en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, lorsque ces revenus sont considérés comme des gains admissibles par l'assurance-emploi, qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

8.3.3 les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et provenant :

8.3.3.1 de l'employeur, lorsque ces revenus sont considérés comme des gains admissibles par l'assurance-emploi;

8.3.3.2 d'un régime de retraite de l'employeur;

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles 8.3.1 et 8.3.2, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestation d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite à ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles 8.3.1, 8.3.2 et 8.3.3 et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de ce régime.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité totale se fractionne à raison de 1/7 pour chaque jour d'absence au cours de la semaine.

Pour tout adhérent travaillant sur les horaires irréguliers, les modalités suivantes s'appliquent :

Pour la première semaine de prestations payables à la suite d'une invalidité totale par maladie ou accident, la prestation sera proportionnelle à la perte de salaire subie dans cette même semaine, établie en proportion du nombre d'heures de travail perdues, compte tenu du délai de carence.

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

De plus, la somme des prestations d'assurance salaire décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder 100 % du salaire brut de l'adhérent au début de son invalidité totale.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

a) revenus d'invalidité provenant :

- de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou toute autre législation similaire ou au même effet lorsque ces lois ne tiennent pas compte des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi dans leur calcul de prestations;
- du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement);

- de toute autre loi à caractère social, lorsque ces revenus sont considérés comme des gains admissibles par l'assurance-emploi. Les prestations reçues en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi sont exclues du calcul des prestations payables;
- de toute autre contrat d'assurance collective couvrant le même emploi;
- b) toute rémunération reçue de l'employeur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation), lorsque ces revenus sont considérés comme des gains admissibles par l'assurance-emploi;
- c) rente de retraite provenant du Régime de rentes du Québec, que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale.

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite du Régime de rentes du Québec est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

Par ailleurs, si ce régime est enregistré auprès de l'assurance-emploi, les réductions directes et indirectes des prestations payables durant la période de prestations de ce programme gouvernemental sont appliquées de façon à ce que le présent régime soit aussi généreux que l'aurait été le programme de l'assurance-emploi.

8.4 Exclusions et réduction du régime

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

8.4.1 Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- 8.4.1.1 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 8.4.1.2 en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligée volontairement qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 8.4.1.3 lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 8.4.1.4 en raison d'une cessation de travail pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure;
- 8.4.1.5 pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 8.4.1.6 en raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité totale pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet.

- 8.4.2 À l'égard d'une période d'invalidité totale durant laquelle l'adhérent est dans l'une des situations suivantes :
- 8.4.2.1 congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité;
 - 8.4.2.2 période pour laquelle l'adhérent reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 8.4.3 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.
- 8.4.4 Aucune prestation n'est payable si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.
- 8.4.5 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.
- 8.4.6 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent, couvert par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, est admissible à une rente en vertu de ladite loi.
- 8.4.7 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de soumettre les preuves de persistance de l'invalidité totale satisfaisantes à l'Assureur.
- 8.4.8 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur.
- 8.4.9 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent cesse d'être sous les soins réguliers et personnels d'un médecin, à la satisfaction de l'Assureur.
- 8.4.10 Aucune prestation n'est payable lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 4 semaines. Toutefois, le paiement des prestations se poursuit au cours de cette période si l'Assureur y consent d'avance ou si l'adhérent doit séjourner à l'extérieur du Canada afin de recevoir dans un établissement médical reconnu et accrédité comme tel par les autorités compétentes un traitement médical qui n'est pas rapidement disponible dans sa région de résidence.
- 8.4.11 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent est incarcéré dans une prison, un service correctionnel ou un établissement psychiatrique, à la suite d'une ordonnance d'une cour criminelle.
- 8.4.12 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent reçoit des prestations d'assurance salaire longue durée en vertu de tout contrat d'assurance collective couvrant le même emploi.

8.5 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que le régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée, et ce, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65e anniversaire de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- d) la date de la fin du contrat ou du régime.

8.6 Fin de l'assurance

Le régime d'assurance salaire courte durée de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- 8.6.1 la date de la fin du contrat ou du régime sous réserve du Règlement d'application de la Loi sur les assurances;
- 8.6.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi;
- 8.6.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale »;
- 8.6.4 la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans;
- 8.6.5 la date de mise à la retraite de l'adhérent.
- 8.6.6 pour un adhérent invalide : la date de terminaison du délai de carence du Régime d'assurance salaire longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

8.7 Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion 8.4.2 du présent régime et qu'elle reçoit des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion 8.4.2 ne s'était pas appliquée.

ARTICLE 9 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE - PROCUREUR

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu totalement invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence défini à l'article 9.2, l'Assureur verse à cet adhérent une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

9.1 Période de prestations

Le premier versement de prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 9.1.1 le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 62 ans;
- 9.1.2 la cessation de l'invalidité totale;
- 9.1.3 la date où l'adhérent devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle comptant au moins 35 années de service créditées pour les fins de calcul au sens du régime de retraite auquel il participe;
- 9.1.4 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- 9.1.5 le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur;
- 9.1.6 le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- 9.1.7 le décès de l'adhérent.

9.2 Délai de carence

Signifie une période de 6 mois ou l'épuisement de la banque de congés de maladie de l'adhérent si supérieure.

9.3 Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal à :

- 9.3.1 Lorsque la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur à l'employé invalide est égale à 66 2/3 % de son traitement, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 71 2/3 % du traitement brut.

Lorsque la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur à l'employé invalide est égale à 50 % de son traitement, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 65 % du traitement brut.

C'est le même traitement qui sert de base au calcul des prestations de l'employeur et de l'Assureur.

Lorsque l'employé invalide ne reçoit plus de prestation d'assurance-traitement de l'employeur, le montant payable est égal à 90 % du traitement net.

Finalement, aucune prestation mensuelle n'est payable par l'Assureur pendant les 24 premiers mois que l'employé invalide reçoit des revenus d'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et dont le complément nécessaire pour atteindre 100 % du traitement brut est versé par l'employeur à l'employé.

- 9.3.2 En plus de la rente décrite à l'article 9.3.1 et à compter de la 4^e année d'invalidité, l'Assureur verse au régime de retraite de l'employeur auquel l'adhérent cotise, le double de la cotisation mensuelle que l'adhérent devrait normalement y verser, plus la cotisation compensatoire s'il y a lieu.

Le versement de cette cotisation par l'Assureur débute à la date à laquelle l'adhérent cesse d'être exonéré du paiement de cette cotisation en vertu de son régime de retraite. Toutefois, aucun versement de cotisation n'est effectué après la date à laquelle l'adhérent commence à recevoir une rente de retraite en vertu dudit régime.

Le traitement de la 3^e année d'invalidité totale, tel que défini pour le calcul de la cotisation au régime de retraite à l'article 1.34, sera déclaré au régime de retraite auquel l'adhérent participe par l'Assureur même si ce dernier n'a pas à verser de cotisations audit régime.

Lorsqu'un adhérent, répondant aux conditions d'admission à l'égard d'un employé atteint d'une maladie en phase terminale en vertu du régime de retraite auquel il participe, 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 à compter de la date de réception par Retraite Québec de la demande de remboursement de l'adhérent. Les dispositions applicables en cas de guérison partielle sont établies de façon ad hoc.

Le montant de la prestation payable est limité à 13 000 \$.

De plus, à compter de la 3^e année d'invalidité, la prestation d'assurance salaire décrite ci-dessus aux articles 9.3.1 et 9.3.2 est réduite des prestations initiales nettes provenant des sources suivantes :

- revenus d'invalidité de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- revenus d'invalidité de la Loi sur l'assurance automobile du Québec,
- revenus d'invalidité de la Loi visant à favoriser le civisme, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et du Régime de rentes du Québec (montant initial de la rente seulement),
- toute rente d'invalidité versée par un régime de retraite auquel l'adhérent participe,
- la rente de retraite provenant du Régime de rentes du Québec, que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale.

Le traitement initial de l'adhérent avant le début de l'invalidité est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 % pour fins d'intégration.

L'adhérent doit, à la demande de l'Assureur, faire parvenir une demande de prestations selon les Lois et régimes précités. À défaut par l'adhérent de s'exécuter, sur préavis écrit de 60 jours de l'Assureur, celui-ci pourra, pendant la durée où l'adhérent est en défaut, considérer les revenus qui pourraient être versés à l'adhérent à la suite d'une telle demande comme provenant d'autres sources et pouvant faire l'objet d'une réduction directe de la prestation d'assurance salaire.

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de ce régime est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

9.4 **Indexation**

Lorsque l'adhérent invalide ne reçoit plus de prestation de son employeur, le montant de la prestation mensuelle est ajusté annuellement au 1^{er} janvier suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel pour les fins de ce contrat est limité à 3 %.

9.5 **Exclusions et réduction du régime**

Aucune indemnité n'est payable à un adhérent en vertu du présent régime :

9.5.1 Si l'invalidité survient dans les cas suivants :

- 9.5.1.1 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 9.5.1.2 en raison d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 9.5.1.3 lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 9.5.1.4 pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 9.5.1.5 en raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet;
- 9.5.1.6 en raison d'une cessation de travail, pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.

9.5.2 À l'égard d'une période d'invalidité totale durant laquelle l'adhérent est dans l'une des situations suivantes :

- 9.5.2.1 congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement

selon la première éventualité;

9.5.2.2 période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.

9.5.3 Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, l'adhérent invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie.

9.5.4 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

9.6 Réadaptation

9.6.1 L'adhérent qui consent à participer à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite à l'article 9.5.2. Le paiement de cette rente prend fin dès :

- a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation, ou
- b) l'interruption du programme de réadaptation, ou
- c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

9.6.2 La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de la prestation mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

9.6.3 Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. Pour fins du calcul, le traitement net de base est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 %.

9.6.4 Si à la fin du programme de réadaptation l'adhérent occupe un emploi dont la rémunération est inférieure à la rente d'invalidité à laquelle il aurait droit s'il était toujours invalide, l'Assureur lui verse alors une rente résiduelle égale à la rente d'invalidité diminuée de 100 % de la rémunération reçue dudit emploi à la fin du programme de réadaptation. Cette rente résiduelle est indexée selon les modalités de l'article 9.4 et elle cesse au décès de l'adhérent, à son 62^e anniversaire de naissance ou à la date de mise à la retraite si antérieure. Advenant que l'adhérent quitte son emploi ou devienne invalide à nouveau, la rente payable est alors la rente d'invalidité qu'il aurait eue s'il n'avait pas participé au programme de réadaptation, diminuée de tout revenu d'invalidité en relation avec ledit emploi et provenant de tout régime public ou privé auquel l'adhérent est admissible.

9.7 Programme d'aide aux gestionnaires

Le programme d'aide aux gestionnaires est destiné aux gestionnaires, ainsi qu'aux employés couverts en vertu du régime d'assurance salaire longue durée de ce contrat.

Aux fins d'application du programme d'aide aux gestionnaires, le terme « gestionnaire » signifie toute personne désignée comme telle par le Preneur, de même que tout représentant délégué d'un syndicat qui est Preneur de ce contrat.

9.7.1 Services pour employés sur référence du gestionnaire

Suivant la référence du gestionnaire à cet égard, l'Assureur offre, par l'intermédiaire d'une entreprise spécialisée en santé et mieux-être, des services de soutien afin d'aider un employé qui est affecté par une situation pouvant nuire à son équilibre, sa santé psychologique ou son fonctionnement.

L'employé peut bénéficier de services de soutien notamment dans les situations suivantes :

- a) difficultés familiales et conjugales : conflits, communication, violence;
- b) difficultés liées au travail : adaptation à une tâche, stress, relations avec les collègues ou les supérieurs, perte d'intérêt, épuisement professionnel;
- c) difficultés personnelles : fatigue, insomnie, anxiété générale, démotivation, perte d'estime de soi, stress, surmenage, état dépressif, isolement, réactions à la suite d'un deuil;
- d) problèmes de dépendance : abus d'alcool, de drogues ou de médicaments, jeu compulsif, Internet.

Les services pour employés sur référence du gestionnaire sont offerts à raison d'un maximum total de 6 heures pour l'ensemble des services, par année civile, par employé.

9.7.2 Services de soutien aux gestionnaires

Les gestionnaires peuvent bénéficier de services de soutien afin de les aider à composer avec certaines problématiques que peuvent vivre leurs employés et affecter leur rendement ou leur assiduité au travail (inquiétude à l'égard d'un employé, déploiement traumatique suite au décès d'un employé, agressivité, conflit).

9.7.3 Prolongation du programme d'aide aux gestionnaires en cas de terminaison

Si le régime d'assurance salaire longue durée se termine, les services de soutien se poursuivent pour tout employé recevant déjà des services. Ces derniers sont alors offerts jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 heures par certificat, sans toutefois excéder le maximum total d'heures prévu à ce contrat, et ce, seulement pour des services reçus au plus tard 30 jours suivant la date de terminaison du régime.

9.8 Exonération des primes en cas d'invalidité

Si avant l'âge de 62 ans, un adhérent devient invalide, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congés-maladie accumulés par l'adhérent, tant que dure l'invalidité.

Un adhérent invalide, participant à un programme de réadaptation ou faisant l'objet d'un retour progressif tel que prévu dans le document sur les conditions de travail, continue de bénéficier de cette protection.

9.9 Fin de l'assurance

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

- 9.9.1 la date de la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances;
- 9.9.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi;
- 9.9.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l' « Exonération des primes en cas d'invalidité »;
- 9.9.4 la date à laquelle son âge plus le délai de carence de la garantie totalisent 62 ans ou la date de sa mise à la retraite si antérieure.

9.10 Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion

9.5.2 de la présente garantie et qu'elle reçoit des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait droit si l'exclusion 9.5.2 ne s'était pas appliquée.

ARTICLE 10 - RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE – EMPLOYÉ DE L'ASSOCIATION

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu totalement invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence défini à l'article 10.2, l'Assureur verse à cet adhérent une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

10.1 Période de prestations

Le premier versement de prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 10.1.1 le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- 10.1.2 la cessation de l'invalidité totale;
- 10.1.3 la date à laquelle l'adhérent devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle comptant au moins 35 années de service créditées pour les fins de calcul au sens du régime de retraite auquel il participe;
- 10.1.4 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- 10.1.5 le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité totale satisfaisantes à l'Assureur;
- 10.1.6 le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- 10.1.7 le décès de l'adhérent.

10.2 Délai de carence

Signifie la période qui débute lorsque l'adhérent devient invalide et se termine le dernier jour pour lequel les prestations d'assurance salaire courte durée sont payables.

10.3 Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal à 70 % du salaire mensuel de l'adhérent au début de la période d'invalidité totale. Cette prestation est d'abord limitée à 7 500 \$, haussée à 13 000 \$ si l'adhérent a présenté des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur, et réduite de la somme des montants suivants :

- 10.3.1 les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, y compris une rente de retraite du Régime de rentes du Québec que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit. Cela comprend les prestations de rente d'invalidité auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite du Régime de rentes du Québec est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite;

10.3.2 les prestations reliées à l'invalidité totale en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

10.3.3 les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et que tels montants proviennent :

10.3.3.1 de l'employeur;

10.3.3.2 d'un régime de retraite de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur, à l'exception des sommes provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité totale.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles 10.3.1 et 10.3.2, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestation d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite à ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles 10.3.1, 10.3.2 et 10.3.3 et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de ce régime.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité totale se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 de la rente mensuelle pour un jour civil au cours de ce mois.

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

De plus, la somme des prestations d'assurance salaire décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder 85 % du salaire brut de l'adhérent au début de son invalidité totale.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

a) revenus d'invalidité provenant :

- de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet;
- de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre législation similaire ou au même effet;
- de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement);

- de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur actuel contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.
- b) toute rémunération reçue de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation);
- c) rente de retraite provenant du Régime de rentes du Québec, que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale.

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite du Régime de rentes du Québec est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

10.4 **Indexation**

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de la prestation mensuelle est ajusté annuellement au 1^{er} janvier suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel pour les fins de ce contrat est limité à 3 %.

10.5 **Exclusions et réduction du régime**

Aucune indemnité n'est payable à un adhérent en vertu du présent régime :

10.5.1 Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- 10.5.1.1 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 10.5.1.2 en raison d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 10.5.1.3 lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 10.5.1.4 pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 10.5.1.5 en raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité totale pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet;
- 10.5.1.6 en raison d'une cessation de travail, pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.

- 10.5.2 À l'égard d'une période d'invalidité totale durant laquelle l'adhérent est dans l'une des situations suivantes :
- 10.5.2.1 congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement selon la première éventualité;
 - 10.5.2.2 période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 10.5.3 Pour toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité totale due à une maladie mentale, l'adhérent invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie.
- 10.5.4 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.
- 10.5.5 Aucune prestation n'est payable si l'adhérent est congédié pour des raisons non reliées à l'invalidité totale et que ladite invalidité totale ne l'empêche pas d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.
- 10.5.6 Aucune prestation n'est payable si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.
- 10.5.7 Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.
- 10.5.8 Aucune prestation n'est payable après la date prévue de fin d'emploi pour les employés contractuels.

10.6 Réadaptation

- 10.6.1 L'adhérent qui consent à participer à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite à l'article 10.6.2. Le paiement de cette rente prend fin dès :
- a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation, ou
 - b) l'interruption du programme de réadaptation, ou
 - c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.
- 10.6.2 La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de la prestation mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

- 10.6.3 Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du traitement mensuel brut de base perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

10.7 Programme d'aide aux gestionnaires

Le programme d'aide aux gestionnaires est destiné aux gestionnaires, ainsi qu'aux employés couverts en vertu du régime d'assurance salaire longue durée de ce contrat.

Aux fins d'application du programme d'aide aux gestionnaires, le terme « gestionnaire » signifie toute personne désignée comme telle par le Preneur, de même que tout représentant délégué d'un syndicat qui est Preneur de ce contrat.

10.7.1 Services pour employés sur référence du gestionnaire

Suivant la référence du gestionnaire à cet égard, l'Assureur offre, par l'intermédiaire d'une entreprise spécialisée en santé et mieux-être, des services de soutien afin d'aider un employé qui est affecté par une situation pouvant nuire à son équilibre, sa santé psychologique ou son fonctionnement.

L'employé peut bénéficier de services de soutien notamment dans les situations suivantes :

- a) difficultés familiales et conjugales : conflits, communication, violence;
- b) difficultés liées au travail : adaptation à une tâche, stress, relations avec les collègues ou les supérieurs, perte d'intérêt, épuisement professionnel;
- c) difficultés personnelles : fatigue, insomnie, anxiété générale, démotivation, perte d'estime de soi, stress, surmenage, état dépressif, isolement, réactions à la suite d'un deuil;
- d) problèmes de dépendance : abus d'alcool, de drogues ou de médicaments, jeu compulsif, Internet.

Les services pour employés sur référence du gestionnaire sont offerts à raison d'un maximum total de 6 heures pour l'ensemble des services, par année civile, par employé.

10.7.2 Services de soutien aux gestionnaires

Les gestionnaires peuvent bénéficier de services de soutien afin de les aider à composer avec certaines problématiques que peuvent vivre leurs employés et affecter leur rendement ou leur assiduité au travail (inquiétude à l'égard d'un employé, déploiement traumatique suite au décès d'un employé, agressivité, conflit).

10.7.3 Prolongation du programme d'aide aux gestionnaires en cas de terminaison

Si le régime d'assurance salaire longue durée se termine, les services de soutien se poursuivent pour tout employé recevant déjà des services. Ces derniers sont alors offerts jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 heures par certificat, sans toutefois excéder le maximum total d'heures prévu à ce contrat, et ce, seulement pour des services reçus au plus tard 30 jours suivant la date de terminaison du régime.

10.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai de carence de ce régime, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent.

10.9 Fin de l'assurance

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

- 10.9.1 la date de la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement d'application de la Loi sur les assurances;
- 10.9.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi;
- 10.9.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale »;
- 10.9.4 la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- 10.9.5 la date de mise à la retraite de l'adhérent.

10.10 Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion 10.5.2 du présent régime et qu'elle reçoit des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait droit si l'exclusion 10.5.2 ne s'était pas appliquée.

10.11 Conditions préexistantes

Si l'invalidité totale de l'adhérent résulte d'une condition préexistante, celui-ci n'est pas admissible aux prestations d'assurance salaire ni à l'exonération des primes en vertu du présent régime.

Est considéré comme une condition préexistante un accident subi ou une maladie ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance salaire de l'adhérent et pour lequel, dans les 3 mois précédant immédiatement cette date :

- l'adhérent a consulté un professionnel de la santé; ou
- l'adhérent a reçu des traitements ou des soins médicaux; ou
- l'adhérent s'est fait prescrire des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Cette disposition s'applique à tout adhérent qui est un nouvel employé du Preneur du présent contrat et qui n'était pas couvert par un régime d'assurance salaire ayant pris fin dans les 30 jours précédant immédiatement la date du premier jour de travail auprès de son nouvel employeur.

Toutefois, cette disposition ne s'applique plus lorsque l'adhérent a été effectivement au travail, de façon continue et selon son horaire régulier, pendant une période de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu du présent régime d'assurance salaire.

ARTICLE 11 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

11.1 Taux et primes

Veuillez vous référer au *Sommaire des protections* et au *Feuille de taux*.

11.2 Modification des taux de prime

L'Assureur peut modifier les taux de prime à la fin de la première période contractuelle ou en tout temps par la suite. Toutefois, en cas d'augmentation, l'Assureur doit indiquer par écrit au Preneur les nouveaux taux au moins 120 jours à l'avance et aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente.

11.3 Changement de politique gouvernementale

Si le gouvernement fédéral ou provincial adopte ou modifie des lois ou des règlements ou tout autre item qui pourraient influencer la tarification de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit, après entente avec le Preneur, d'ajuster les taux de prime pour les garanties ou les régimes concernés et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adoption ou de la modification de ladite loi, dudit règlement ou dudit item.

11.4 Paiement des primes

11.4.1 Procureur :

Les primes sont payables d'avance à l'Assureur, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente le premier jour de chaque période de 28 jours.

Pour les procureurs qui deviennent adhérents à une date autre que le premier jour d'une période de paie, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour de la période de paie suivante. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications des prestations. La prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle l'adhérent cesse d'être assuré.

La prime par période de paie est établie selon le taux de prime et le salaire par période de paie qui sont applicables à l'adhérent au premier jour de ladite période.

11.4.2 Employé de l'Association :

Les primes sont payables d'avance à l'Assureur, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente le premier jour de chaque mois.

Pour l'employé qui devient adhérent à une date autre que le premier jour d'un mois, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour du mois suivant. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications des prestations. La prime complète est payable pour le mois au cours duquel l'adhérent cesse d'être assuré.

La prime mensuelle est établie selon le taux de prime et le volume d'assurance qui est applicable à l'adhérent au premier jour de ladite période.

11.5 **Délai de grâce**

L'Assureur accorde à l'employeur un délai de 45 jours suivant la fin de la période pour laquelle les primes sont dues. Des intérêts, tels que définis ci-dessous, sont ajoutés advenant le paiement des primes après ce délai.

Le taux d'intérêt est égal au taux moyen de rendement sur les Bons du Trésor d'une durée de 3 mois (série B14007), tel que déclaré au début de la période à laquelle il se rapporte, arrondi au multiple de 1/4 de 1 % qui précède ou coïncide avec ce taux.

ARTICLE 12 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

12.1 Non paiement de la prime

Si la totalité des primes payables par une institution en vertu du contrat n'est pas payée dans les 90 jours de la date à laquelle les primes sont dues, l'Assureur avise le Preneur pour que des mesures appropriées soit prises.

12.3 Préavis

L'Assureur peut refuser de renouveler ce contrat en donnant par écrit au Preneur du contrat un avis d'au moins 120 jours de la date d'échéance. Le Preneur du contrat peut résilier ce contrat en tout temps en donnant par écrit à l'Assureur un avis d'au moins 30 jours. À défaut de tel avis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à chacune de ses échéances.

ARTICLE 13 - MODIFICATION AU CONTRAT

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

ARTICLE 14 - STIPULATIONS DIVERSES

- 14.1 Tout avis donné par l'Assureur au Preneur est suffisant si l'Assureur l'envoie par la poste au Preneur à son adresse telle qu'elle figure dans les dossiers de l'Assureur. Tout avis donné par le Preneur du contrat est suffisant s'il l'envoie par la poste à l'Assureur à l'adresse de son siège social à Québec (Québec). Aucun représentant en assurance et aucun représentant de l'Assureur n'est autorisé à apporter des modifications au présent contrat ou à écarter l'une quelconque de ces dispositions. Toute modification doit être approuvée par l'Assureur.
- 14.2 Toute action en justice au sujet d'une demande de prestation en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant le moment où le droit d'action prend naissance, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.
- 14.3 L'adhérent subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur du dommage ayant entraîné ouverture aux versements de prestations en vertu du présent contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à l'adhérent.
- 14.4 Pour l'application du présent contrat, on considère tous les assurés comme étant couverts en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi sur l'assurance maladie ou l'assurance-hospitalisation de la province de résidence de l'assuré ainsi qu'en vertu de tout autre régime public; en aucun cas, les sommes versées par l'Assureur ne doivent dépasser celles qui auraient été versées par celui-ci si l'assuré avait été assuré en vertu desdites lois.
- 14.5 Toute erreur ou omission affectant le montant de prime est corrigée sitôt découverte et un ajustement de prime est effectué. Cependant, si une erreur ou omission affecte l'existence de l'assurance ou affecte le montant d'assurance en vigueur, l'ensemble des circonstances sont prises en considération pour déterminer si l'assurance est en vigueur et pour établir le montant d'assurance en vigueur conformément aux termes du présent contrat.
- Aucune erreur de la part du Preneur, de l'employeur ou de la part de l'Assureur dans la tenue des registres concernant l'assurance, ni aucun délai dans la compilation de tels registres ne peut invalider l'assurance en vigueur conformément aux articles du présent contrat ou ne peut continuer l'assurance terminée conformément aux articles du présent contrat.
- 14.6 Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada, au siège social de l'Assureur.
- 14.7 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur pendant la durée du présent contrat, tout renseignement que l'Assureur peut lui demander pour l'application du présent contrat.
- 14.8 Le Preneur doit permettre à l'Assureur d'examiner ses registres de paies et autres dossiers concernant ses employés et qui pourraient concerner l'adhésion et l'admissibilité au présent contrat d'employés et de personnes à charge admissibles.

- 14.9 Les droits et prestations des assurés en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par un assuré du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat ne liera l'Assureur.
- 14.10 Les droits aux prestations d'un assuré cessent automatiquement si tel assuré tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude, toute prestation en vertu de ce contrat et l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles subis après la date de cessation desdits droits.
- 14.11 La nullité de l'une des clauses ou la partie d'une clause du présent contrat n'entraînera pas la nullité complète de tout le contrat mais seulement la nullité de la clause ou de la partie de la clause concernée.
- 14.12 L'emploi de titres, de paragraphes, d'articles et d'alinéas ne sont qu'à titre indicatif et pour fins de référence et en aucun cas ne peuvent être interprétés comme restreignant le droit des parties, dans l'interprétation du présent contrat, ce dernier devant toujours s'interpréter dans son ensemble et comme une entité.
- 14.13 Les stipulations de ce contrat prévalent et ont préséance sur toute stipulation d'une convention collective de travail ou ce qui en tient lieu en vigueur chez l'employeur. En cas de contradiction entre les stipulations de la convention collective de travail ou ce qui en tient lieu et celles du contrat collectif d'assurance, les stipulations de la convention collective ou ce qui en tient lieu sont réputées inexistantes et inopposables à l'Assureur.
- 14.14 Tout personne détenant un permis de représentant en assurance collective, à l'exception des employés de l'Assureur, qui a participé à la conclusion de ce contrat est réputé être le mandataire de l'Association des procureurs du Procureur général du Québec.
- 14.15 Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le masculin que le féminin.

ARTICLE 15 - CONTRAT

Le présent contrat, les avenants, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les ententes intervenues entre-temps, les demandes d'adhésion des adhérents et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat tout entier entre les parties contractantes. En cas de contradiction, les termes et dispositions du présent contrat prévalent sur ceux des autres documents.

006925 – Le Directeur des poursuites criminelles et pénales et l'Association
des procureurs aux poursuites criminelles et pénales

Contrat (Version administrative) 1^{er} décembre 2025