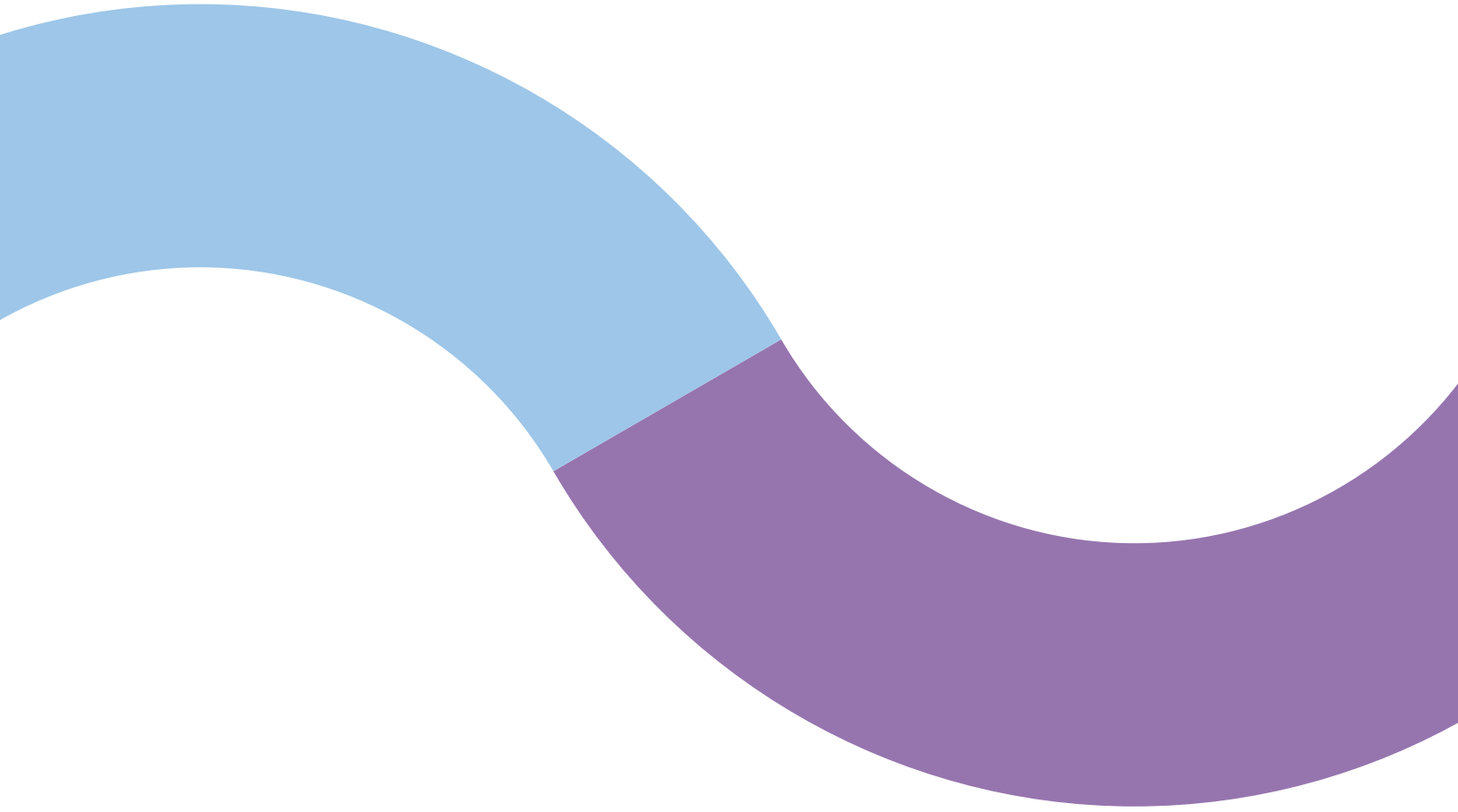


Contrat d'assurance collective 008000

Version administrative
au 1^{er} avril 2025



beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents qui ont 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 **008000**

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Ci-après appelé le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonnement 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 et aux ententes financières, 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} avril 2014.

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 : Le 1^{er} avril 2015 et la date de début de la première période de paie complète suivant le 1^{er} avril de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : Toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 01 au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

Certains articles ne s'adressant pas aux assurés ont été retirés de cette version administrative du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	9
2.1 Admissibilité	9
2.2 Adhésion	11
2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance.....	21
2.4 Dispositions transitoires	24
2.5 Preuves d'invalidité	24
ARTICLE 3 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE.....	26
3.1 Tableau des garanties.....	26
3.2 Description des garanties et modalités de remboursement	29
3.3 Demande de prestations	55
3.4 Renseignements	55
3.5 Renonciation à la responsabilité	55
3.6 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	55
3.7 Prolongation	56
3.8 Transformation	56
3.9 Modalité de paiement.....	57
3.10 Coordination des prestations	57
3.11 Fin de l'assurance	57
3.12 Dispositions applicables aux personnes assurées atteignant l'âge de 65 ans.....	58
ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRE.....	60
4.1 Frais admissibles	60
4.2 Modalités de remboursement.....	60
4.3 Description des frais de prévention.....	61
4.4 Description des frais de restauration de base.....	63
4.5 Description des frais de restauration majeure.....	64

4.6	Description des frais de restauration complexe et prothèses.....	66
4.7	Description des frais d'orthodontie	72
4.8	Exclusions et réduction de la garantie	73
4.9	Demande de prestations	74
4.10	Coordination des prestations	75
4.11	Renseignements	75
4.12	Renonciation à la responsabilité	75
4.13	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	75
4.14	Modalité de paiement.....	76
4.15	Fin de l'assurance	76
4.16	Transformation	76
ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE		77
5.1	Régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent.....	77
5.2	Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent.....	79
5.3	Régime de prolongation de la protection antérieure (C4)	81
5.4	Régime facultatif d'assurance vie du conjoint	81
5.5	Régime facultatif d'assurance vie des enfants à charge	82
5.6	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	82
5.7	Prolongation en cas de transformation	83
5.8	Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie.....	83
5.9	Bénéficiaire	84
5.10	Paiement de l'assurance	84
5.11	Fin de l'assurance	85
5.12	Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	86
ARTICLE 6 - RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS.....		87
6.1	Régime facultatif d'assurance vie des retraités.....	87
6.2	Régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité	88
6.3	Bénéficiaire	88
6.4	Paiement de l'assurance	88
6.5	Fin de l'assurance	89

ARTICLE 7 - RÉGIME OBLIGATOIRE UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE	90
7.1 Période de prestations	90
7.2 Délai de carence	90
7.3 Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois	91
7.4 Montant de l'indemnité	91
7.5 Indexation.....	93
7.6 Changement dans le montant d'assurance.....	94
7.7 Exclusions et réduction du régime	94
7.8 Réadaptation.....	95
7.9 Rétrogradation, réorientation professionnelle ou reclassement pour cause d'invalidité ..	95
7.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	96
7.11 Fin de l'assurance	96
ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE.....	98
8.1 Taux de prime	98
8.2 Modification des taux de prime	98
8.3 Changement de politique gouvernementale	98
8.4 Paiement des primes	98
8.5 Délai de grâce	99
ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT	100
9.1 Non-paiement de la prime	100
9.2 Préavis	100
9.3 Pourcentage de participation minimum exigé	100
ARTICLE 10 - MODIFICATION AU CONTRAT	101
ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES	102
ARTICLE 12 - CONTRAT	105
ANNEXE – EMPLOYÉS IMPATRIÉS	106

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

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

- 1.1 « **Accident** » : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente, une noyade ou une asphyxie accidentelle certifiée par le coroner, et qui occasionne directement ou indépendamment de toute autre cause des lésions corporelles.
- 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** » : un employé ou un retraité qui est admissible à l'assurance.
- 1.4 « **Âge** » : l'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause.
- 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 ou l'une des personnes à sa charge assuré en vertu de ce contrat.
- 1.8 « **Centre hospitalier** » : établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les termes « centre hospitalier » n'englobent pas les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de la *Loi sur les services santé et services sociaux*. 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 d'autres établissements analogues.
- 1.9 « **Comité des assurances** » : comité, formé des représentants du Secrétariat du Conseil du trésor, chargé de l'établissement et de la mise en application des régimes collectifs d'assurance offerts au groupe des fonctionnaires non syndiqués.
- 1.10 « **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.

- 1.11 « **Conditions de travail** » : ensemble des directives de l'employeur régissant les conditions de travail.
- 1.12 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les employés et les retraités de l'employeur ainsi que leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.13 « **Contribution de l'employeur** » : la partie de la prime totale, pour le régime d'assurance maladie, devant être versée par l'employeur telle que stipulée aux conditions de travail des employés.
- 1.14 « **Date de prise de la retraite** » : date à laquelle un employé opte pour sa prise de la retraite selon le régime de retraite auquel il participe.
- 1.15 « **Délai de carence** » : une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.
- 1.16 « **Dentiste** » : toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'un organisme correspondant dans la province ou le pays où le dentiste exerce.
- 1.17 « **Employé** » : un employé non syndiqué rattaché à l'une ou à l'autre des unités suivantes de la Fonction publique : fonctionnaires, ouvriers, professeurs, médecins, chirurgiens-dentistes, constables du contrôle routier, constables spéciaux, gardes du corps, agents de la conservation de la faune et employés des organismes affiliés, excluant l'employé retraité qui effectue un retour au travail après le 1^{er} avril 2016.
- 1.18 « **Employé occasionnel admissible aux assurances** » : toute personne engagée par contrat pour une durée d'un an ou plus, ainsi que toute personne qui, à titre d'employé saisonnier ou occasionnel, est inscrite sur une liste de rappel pour combler chaque année un poste d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à l'exception des personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'employé et excluant l'employé retraité qui effectue un retour au travail après le 1^{er} avril 2016.
- 1.19 « **Employeur** » : les ministères et organismes gouvernementaux.
- 1.20 « **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.

- 1.21 « **Frais de voyage payés d'avance** » : somme déboursée par l'assuré pour :
- i) 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;
 - ii) 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;
 - iii) les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
- 1.22 « **Franchise** » : la partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.
- 1.23 « **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.
- 1.24 « **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.
- 1.25 « **Invalidité totale** » : incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les 60 mois suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, « l'invalidité totale » est une incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :
- i) les 60 premiers mois suivant le début de l'invalidité totale;
 - ii) la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur;
- Par la suite, pour tout adhérent, « invalidité totale » signifie l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle il est raisonnablement apte par suite de son éducation, son entraînement ou son expérience, et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.
- 1.26 « **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable** » : La liste de médicaments soumis à une autorisation préalable est une 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 du présent contrat.

- 1.27 « **Maladie** » : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant.
- 1.28 « **Médecin** » : toute personne autorisée à fournir des services médicaux selon la *Loi médicale* ou toute autre loi semblable du territoire où sont rendus les services.
- 1.29 « **Médicaments génériques** » : Les médicaments génériques sont des équivalents de certains médicaments de marques.
- 1.30 « **Période de paie** » : une période de paie de 14 jours.
- 1.31 « **Période de rémission** » : une période au cours de laquelle un adhérent qui était invalide cesse de l'être.
- 1.32 « **Période d'invalidité totale** » :
- 1.32.1 Pour l'employé admissible s'étant prévalu des dispositions relatives aux conditions du programme de travail à temps réduit et dont la semaine régulière de travail représente 80 % ou plus du temps complet, sont considérées comme une même période d'invalidité totale des périodes successives d'invalidité interrompues par :
- a) moins de 15 jours d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail, selon son horaire réduit, **durant les 20 premiers jours** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
 - b) moins de 6 semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail, selon son horaire réduit, **durant les 51 premières semaines** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure, et pourvu que la période d'invalidité précédente ait dépassé les 20 premiers jours de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur;
 - c) moins de 12 semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail, selon son horaire réduit, **après la 51^e semaine** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

Le calcul du nombre de semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail recommence à zéro à chaque fois que l'employé s'absente durant cette période, et ce, peu importe le motif de l'absence. Dans ce cas, le calcul recommence le premier jour de la semaine régulière de travail suivant l'absence, pourvu que l'employé soit alors effectivement au travail ou disponible pour le travail.

1.32.2 Pour l'employé admissible en préretraite graduelle ou en retraite progressive, peu importe le nombre d'heures prévu à sa semaine régulière de travail, sont considérées comme une même période d'invalidité totale des périodes successives d'invalidité interrompues par :

- a) moins de 6 semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail, selon son horaire réduit, **durant les 51 premières semaines** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure, et pourvu que la période d'invalidité précédente ait dépassé les 20 premiers jours de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur;
- b) moins de 12 semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail, selon son horaire réduit, **après la 51^e semaine** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

Le calcul du nombre de semaines d'emploi effectif ou de disponibilité pour le travail recommence à zéro à chaque fois que l'employé s'absente durant cette période, et ce, peu importe le motif de l'absence. Dans ce cas, le calcul recommence le premier jour de la semaine régulière de travail suivant l'absence, pourvu que l'employé soit alors effectivement au travail ou disponible pour le travail.

1.32.3 Pour tout autre employé admissible, sont considérées comme une même période d'invalidité totale des périodes successives d'invalidité interrompues par :

- a) moins de 15 jours d'emploi effectif à plein temps **durant les 51 premières semaines** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
- b) moins de 30 jours d'emploi effectif à plein temps **après la 51^e semaine** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

1.33 « **Personne à charge** » : Le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent, tel que défini ci-après :

1.33.1 « Conjoint » : Une personne du même sexe ou de sexe différent qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement avec un adhérent depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'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 que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

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

Si un 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.

1.33.2 « 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;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- iii) une personne, quel que soit son âge, résidant ou domiciliée au Canada, non mariée, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et atteinte d'une invalidité totale survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions prévues aux paragraphes i) et ii) et pour laquelle la personne est demeurée continuellement invalide depuis cette date ;

- iv) une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-médicaments* adopté par le gouvernement du Québec. La déficience doit être survenue alors que l'enfant répondait à une des définitions d'enfant à charge prévues aux points i) ou ii) précédents. De plus, l'enfant ne doit recevoir aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu* et doit être domicilié chez une personne assurée à titre d'adhérent ou de conjoint et qui exercerait l'autorité parentale si l'enfant était mineur.

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.

- 1.34 « **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.
- 1.35 « **Programme de réadaptation** » : s'entend d'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.
- 1.36 « **Régime d'assurance traitement de l'employeur** » : Régime d'assurance traitement dont les prestations, payables par l'employeur, sont décrites dans les conditions de travail de ses employés.
- 1.37 « **Retraité** » : un employé qui prend sa retraite en vertu du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), du Régime de retraite des enseignants (RRE) ou du Régime de retraite des agents de la paix en service correctionnel (RRAPSC). Toutefois, dans le cas d'un adhérent au RRF, au RRE ou au RRAPSC, un retraité pour cause d'invalidité avant l'âge normal de retraite n'est pas considéré comme un retraité, mais plutôt comme un adhérent invalide, et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans.

Le terme « retraité » désigne également tout employé qui était assuré en vertu du présent régime et dont l'assurance en vertu dudit régime a pris fin après son 50^e anniversaire de naissance en raison de la terminaison de son emploi ou, après 65 ans, au terme d'une retraite graduelle.

- 1.38 « **Traitement ou salaire** » : le traitement ou salaire annuel basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de ses conditions de travail servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, incluant le supplément prévu aux conditions de travail pour une semaine de travail régulièrement majorée.

Dans tous les cas, le traitement ou salaire exclut toute autre prime, allocation, rémunération additionnelle, montant forfaitaire, à l'exception de tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions de travail.

Toutefois, lorsque, à la suite de l'application des dispositions des conditions de travail, une partie ou la totalité de la garantie d'une augmentation de traitement ou de salaire est accordée sous la forme d'un montant forfaitaire, ledit montant fait partie du traitement ou salaire de l'adhérent.

- 1.39 « **Traitement ou salaire net** » : le traitement ou salaire brut moins les cotisations à la Régie des rentes du Québec, à Emploi et Développement social Canada ainsi qu'au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon le statut fiscal réel de l'adhérent au début de l'invalidité et les cotisations de l'employé au régime de retraite (RRF, RRE, RREGOP, RRAPSC).

- 1.40 « **Voyage** » : un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme de bienfaisance enregistré, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel. Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de l'assuré de sa province de résidence.

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

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Régime obligatoire d'assurance maladie

2.1.1.1 Tout employé est admissible à l'assurance à compter de la date indiquée ci-après, qu'il ait ou non terminé sa période de probation :

- a) après 21 jours de travail effectif pour tout fonctionnaire ou ouvrier régulier, saisonnier ou occasionnel dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps complet;
- b) pour toutes les autres catégories d'employés, l'employé doit se référer à ses conditions de travail.

Un employé occasionnel embauché pour une période d'un an ou plus, doit, à chaque nouvelle période d'emploi, avoir accumulé 21 jours de travail effectif pour devenir ou demeurer admissible à l'assurance, sauf si l'interruption entre les périodes d'emploi est de 60 jours ou moins;

2.1.1.2 Une personne à charge est admissible au régime obligatoire d'assurance maladie à la date à laquelle l'employé y devient lui-même admissible ou à la date à laquelle elle devient une personne à charge, si postérieure.

2.1.2 Régime facultatif d'assurance vie des adhérents

2.1.2.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Tout employé admissible au régime obligatoire d'assurance maladie est admissible, à compter de la même date, au régime d'assurance vie de base de l'adhérent.

2.1.2.2 Régime d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Tout employé ayant adhéré au régime d'assurance vie de base de l'adhérent ou au régime de prolongation de la protection antérieure (C4) est admissible. Tous les montants détenus en vertu du présent régime sont sujets à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

2.1.2.3 Régime du conjoint

Tout conjoint d'un employé ayant adhéré au régime d'assurance vie de base de l'adhérent ou au régime de prolongation de la protection antérieure (C4) est admissible au régime du conjoint soit à la même date que l'employé, s'il est déjà un conjoint, soit à la date à laquelle il le devient.

Tous les montants détenus en vertu du présent régime sont sujets à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

2.1.2.4 Régime des enfants à charge

Tout enfant à charge d'un employé ayant adhéré au régime d'assurance vie de base de l'adhérent ou au régime de prolongation de la protection antérieure (C4) est admissible au régime des enfants à charge, soit à la même date que l'employé, s'il est déjà un enfant à charge, soit à la date à laquelle il le devient.

2.1.3 Régime facultatif d'assurance vie des retraités

2.1.3.1 Garantie d'assurance vie du retraité

2.1.3.1.1 Toute personne à la retraite à la date d'entrée en vigueur du contrat est admissible à la garantie d'assurance vie du retraité à compter de cette date, si elle était assurée pour cette garantie en vertu du contrat antérieur.

2.1.3.1.2 Tout employé qui prend sa retraite devient admissible à la garantie d'assurance vie du retraité s'il était assuré en vertu du régime d'assurance vie de base de l'adhérent ou en vertu du régime de prolongation de la protection antérieure (C4) le jour précédant la date de mise à la retraite.

2.1.3.1.3 Tout employé qui termine son invalidité à 50 ans ou plus et qui n'est plus admissible au régime des actifs devient admissible au régime des retraités.

2.1.3.2 Garantie d'assurance vie du conjoint du retraité

Tout conjoint d'un adhérent à la garantie d'assurance vie du retraité, assuré en vertu du régime du conjoint le jour précédant la date de mise à la retraite de l'adhérent est admissible à cette date.

2.1.4 Régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée

- 2.1.4.1 Tout employé admissible au régime d'assurance maladie est admissible à la même date au régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée.

Cependant, les employés de 65 ans ou plus, les employés en congé de préretraite totale et les retraités ne sont pas admissibles au régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée.

2.2 Adhésion

2.2.1 Régime obligatoire d'assurance maladie

- 2.2.1.1 L'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour tout employé admissible âgé de moins de 65 ans ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant. L'adhésion doit être signifiée par écrit à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible s'il est alors au travail, sinon dans les 31 jours qui suivent la date de son retour au travail. Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra octroyer le régime Santé 1.

L'adhésion est facultative pour tout employé admissible âgé de 65 ans ou plus. Cependant, elle est obligatoire, à moins d'exemption conformément aux conditions de travail, pour adhérer au régime d'assurance vie des adhérents. L'adhésion des personnes à charge est obligatoire. De plus, un employé qui a choisi de ne pas adhérer ne pourra adhérer par la suite.

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

Lorsque l'employé détient une protection monoparentale ou familiale, tout nouvel enfant est automatiquement assuré dès qu'il devient admissible.

- 2.2.1.2 Un employé ou ses personnes à charge peuvent refuser ou cesser de participer au présent régime à condition qu'ils établissent être assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois participer au présent régime aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime d'assurance collective 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.

Dans le cas d'une personne qui n'était pas assurée en vertu du présent régime, l'Assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation ou de transformation ou autrement.

- 2.2.1.3 L'adhérent doit maintenir en vigueur sa protection en vertu du régime d'assurance maladie durant une période d'absence du travail sans traitement. Il doit alors payer les primes requises, y compris la contribution de l'employeur, à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date du début de l'absence sans traitement, sauf dans les cas où la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à verser sa part de prime.

« **Absence du travail sans traitement** » signifie toute absence à la suite d'un congé sans traitement autorisé, mise à pied temporaire (saisonniers), suspension ou congédiement contesté conformément aux conditions de travail.

En cas de suspension ou de congédiement, toute demande de maintien des protections doit être transmise à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de contestation.

Lorsqu'un adhérent participe à un régime de congé à traitement différé, sa protection demeure en vigueur même pendant la période d'absence et sa prime est alors payable comme s'il n'y avait pas d'absence.

- 2.2.1.4 Si l'adhérent se prévaut des dispositions prévues aux conditions de travail relativement au travail réduit, les primes sont payables en totalité comme s'il n'y avait pas d'absence ou de temps réduit.
- 2.2.1.5 Lorsqu'un employé admissible transfère de régime d'assurance à l'intérieur du secteur public, l'Assureur accepte son adhésion sans preuves d'assurabilité dans la mesure où il était déjà assuré par un régime comparable.
- 2.2.1.6 Dans le cas d'un employé saisonnier, les expressions « au travail » et « de retour au travail » sont remplacées par « disponible pour le travail » et « disponibilité pour le travail ».
- 2.2.1.7 Tout employé doit adhérer à l'un ou l'autre des régimes suivants :
- a) Santé 1 : ce module inclut la garantie d'assurance maladie.
 - b) Santé 2 : ce module inclut la garantie d'assurance maladie.
 - c) Santé 3 : ce module inclut les garanties d'assurance maladie et de soins dentaires.

2.2.1.8 Changement de protection

1) Changement à la hausse entre Santé 1, Santé 2 et Santé 3

Tout adhérent désirant opter pour un régime à la hausse doit présenter une demande. Le changement entre en vigueur à la date du début de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur.

Si toutefois la demande de changement est faite dans les 31 jours suivant l'un des événements suivants :

- La date à laquelle son conjoint devient admissible à l'assurance;
- La naissance ou l'adoption d'un enfant;
- La fin de la possibilité d'exemption pour les personnes à charge;

le changement entre en vigueur à la date de la demande.

2) Changement à la baisse entre Santé 1, Santé 2 et Santé 3

Tout adhérent désirant opter pour un régime à la baisse doit respecter la durée minimale de participation suivante :

- Pour passer de Santé 3 à Santé 2 ou Santé 1 : 36 mois de participation minimale au régime Santé 3;
- Pour passer de Santé 2 à Santé 1 : 24 mois de participation minimale au régime Santé 2.

Le changement entre en vigueur à la date du début de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur, à condition que la période minimale de participation soit respectée.

3) Changement de type de protection (Santé 1 et Santé 2)

Si l'adhérent détient une protection individuelle et qu'il désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale, il doit présenter sa demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes applicables.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, le changement de protection entre en vigueur à la date de signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant la date de réception de la demande par l'Assureur.

Si l'adhérent détient une protection familiale et qu'il désire modifier celle-ci par une protection monoparentale ou individuelle, ou s'il détient une protection monoparentale et qu'il désire la modifier pour une protection individuelle, il doit présenter sa demande à l'employeur. La nouvelle protection entre en vigueur au début de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que la demande soit reçue par l'Assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

4) Changement de type de protection (Santé 3)

Si l'adhérent détient une protection individuelle et qu'il désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale sans preuve d'assurabilité, il doit présenter sa demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes applicables.

Si la demande est faite plus de 31 jours suivant la date d'admissibilité de la personne à charge, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à charge qu'il désire assurer en vertu du régime Santé 3. La nouvelle protection entre en vigueur à la date de signature de la demande pour les frais prévus au régime Santé 2 et la protection pour le régime Santé 3 entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

Toutefois, si les preuves d'assurabilité sont refusées à l'égard d'une personne à charge, celle-ci demeurera protégée en vertu du régime Santé 2, mais la prime payable pour la protection monoparentale ou familiale selon le cas en vertu du régime Santé 3 demeure applicable.

Si l'adhérent détient une protection familiale et qu'il désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle ou s'il détient une protection monoparentale et qu'il désire la modifier pour une protection individuelle, il doit présenter sa demande à l'employeur. La nouvelle protection entre en vigueur au début de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que la demande soit reçue par l'Assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

2.2.2 Régime facultatif d'assurance vie des adhérents

2.2.2.1 Sous réserve de l'article 2.2.1.1, l'adhésion au régime d'assurance vie de base de l'adhérent, au régime d'assurance vie additionnelle de l'adhérent, au régime du conjoint et au régime des enfants à charge est facultative.

2.2.2.2 Tout employé qui devient admissible après la date d'entrée en vigueur du contrat doit, pour adhérer au régime d'assurance vie de base de l'adhérent sans preuves d'assurabilité, remplir une demande d'adhésion et la remettre à son employeur dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible s'il est alors au travail, sinon dans les 31 jours suivant la date de son retour au travail.

L'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour lui-même et son conjoint, à la satisfaction de l'Assureur, pour adhérer au régime d'assurance vie additionnelle de l'adhérent et au régime du conjoint.

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour adhérer au régime des enfants à charge lorsque l'adhérent complète et remet sa demande en ce sens à son employeur dans les 31 jours suivant la date de son admissibilité ou de la date à laquelle il prend à charge un premier enfant. Par la suite, les autres enfants à charge de l'adhérent sont automatiquement assurés tant que l'adhérent maintient son adhésion au régime des enfants à charge. Si la demande est complétée après l'expiration du délai de 31 jours qui suit la date de son admissibilité, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour chaque enfant à charge, à la satisfaction de l'Assureur.

2.2.2.3 Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsqu'un employé admissible transfère de régime d'assurance à l'intérieur du secteur public, dans la mesure où il était déjà assuré par un régime comparable. Le montant d'assurance accordé est celui détenu antérieurement par cet employé en autant que tel bénéfice soit disponible dans le régime actuel.

2.2.2.4 Dans le cas d'un employé saisonnier, les expressions « au travail » et « de retour au travail » sont remplacées par « disponible pour le travail » et « disponibilité pour le travail ».

2.2.2.5 Tout employé qui a refusé ou cessé d'être assuré en vertu de ce régime ou pour lequel la demande d'adhésion a été complétée après l'expiration du délai de 31 jours et qui désire adhérer au régime d'assurance vie des adhérents, doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

- 2.2.2.6 Sous réserve de l'article 2.2.4.13, l'adhérent peut maintenir en vigueur sa protection en vertu du régime d'assurance vie des adhérents, durant une période d'absence du travail sans traitement, à condition de remplir et de remettre à l'Assureur une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant le début de l'absence sans traitement et de payer à l'Assureur les primes requises dans les 60 jours suivant la date du début de l'absence sans traitement.

Dans un tel cas, il doit maintenir toutes ses autres garanties. Le montant d'assurance vie, l'assurance en cas de mort ou de mutilation par accident et le montant de la prime pour ces assurances sont établis sur le salaire annuel de base de l'adhérent au moment du début de son absence.

L'adhérent qui n'a pas continué son assurance durant son absence du travail sans traitement reprend automatiquement cette dernière à la date de son retour effectif au travail ou, dans le cas de congédiement ou de suspension contestés, à la date à laquelle une décision favorable à l'adhérent est rendue par le tribunal approprié.

« **Absence du travail sans traitement** » signifie toute absence à la suite de congé sans traitement autorisé, mise à pied temporaire (saisonniers), suspension ou congédiement contesté conformément aux conditions de travail.

- 2.2.2.7 Un adhérent rétrogradé selon les conditions de travail concernant la rétrogradation ou la réorientation de carrière, selon le cas, pour cause d'invalidité continue sa participation au régime d'assurance vie des adhérents sans preuves d'assurabilité, à la date à laquelle prend fin l'exonération du paiement des primes, s'il est au travail à cette date, sinon à compter de la date de son retour au travail.
- 2.2.2.8 Lorsqu'un adhérent participe à un régime de retraite progressive ou de retraite graduelle, son assurance demeure en vigueur pendant la période d'absence et les primes et les prestations sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé.

Lorsqu'un adhérent se prévaut des autres dispositions prévues aux conditions de travail relativement au travail à temps réduit (incluant la préretraite graduelle) ou s'il participe à un régime de congé à traitement différé, son assurance demeure en vigueur durant la période d'absence et les primes et les prestations sont alors payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

2.2.3 Régime facultatif d'assurance vie des retraités

- 2.2.3.1 Tout retraité peut choisir d'adhérer sans preuves d'assurabilité au régime facultatif d'assurance vie des retraités en transmettant une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 31 jours suivant sa date de prise de la retraite. Ce régime est disponible dans la mesure où le retraité participait au régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent le jour précédant sa date de prise de la retraite.
- 2.2.3.2 Tout retraité ayant adhéré au régime facultatif d'assurance vie des retraités peut choisir d'adhérer sans preuves d'assurabilité au régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité en transmettant une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 31 jours suivant sa date de prise de la retraite. Ce régime est disponible dans la mesure où le retraité participait au régime facultatif d'assurance vie du conjoint le jour précédant sa date de prise de la retraite.
- 2.2.3.3 Un retraité qui a refusé ou cessé d'adhérer au régime facultatif d'assurance vie des retraités ou au régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité ne peut adhérer à ces régimes par la suite.

Toutefois, un retraité qui effectue un retour au travail et qui n'est dès lors plus admissible au régime facultatif d'assurance vie des retraités et au régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité, pourra y adhérer de nouveau à la fin de sa période d'emploi, et ce, dans la mesure où il a adhéré au régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent et au régime facultatif d'assurance vie du conjoint durant sa période d'emploi.

2.2.4 Régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée

- 2.2.4.1 L'adhésion au régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée est obligatoire pour tout employé admissible.
- 2.2.4.2 Tout employé doit compléter une demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible, s'il est alors au travail, sinon dans les 31 jours qui suivent la date de son retour au travail.
- 2.2.4.3 Un employé peut refuser ou cesser de participer au régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée en vertu du droit de renonciation, lequel peut être exercé si l'employé satisfait les conditions suivantes :
 - a) Il est déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement;

- b) Il participe au Régime de retraite des enseignants (RRE) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF);
- c) Il a signé une entente avec son employeur confirmant qu'il prendra sa retraite dans moins d'un (1) an;
- d) Il a accumulé une banque de congés de maladie lui procurant une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 64 ans en cas d'invalidité;
- e) Il a accumulé 35 années ou plus de service aux fins du calcul de la prestation au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) (en incluant la banque de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

L'employé qui désire se prévaloir du droit de renonciation doit remplir le formulaire prévu à cet effet et le faire parvenir à l'Assureur par l'entremise de l'employeur. Dans le cas d'une terminaison de participation, l'assurance prendra fin à la date de début de la période de paie suivant la signature du formulaire, pourvu que l'Assureur soit avisé avant cette date, et aucun remboursement rétroactif de primes ne sera accordé.

La décision d'exercer le droit de renonciation est irrévocable, à moins que le régime offrant une protection similaire d'assurance traitement en vertu duquel l'employé est assuré prenne fin.

- 2.2.4.4 L'employé qui avait renoncé à ou cessé de participer au régime obligatoire unique d'assurance traitement parce qu'il était couvert en vertu d'un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement, et dont la protection en vertu de ce dernier régime prend fin, doit établir, à la satisfaction de l'Assureur qu'il était antérieurement couvert par un régime similaire d'assurance traitement et qu'il n'y est plus admissible. L'employé doit alors remplir une demande d'adhésion au régime obligatoire unique d'assurance traitement dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance en vertu de laquelle il était antérieurement couvert.

L'assurance en vertu du régime obligatoire unique d'assurance traitement entrera en vigueur à la date de terminaison de l'autre régime, pourvu que l'employé soit au travail ou apte au travail à cette date. Dans le cas contraire, l'assurance entrera en vigueur à la date de retour au travail de l'employé.

- 2.2.4.5 Lorsqu'un employé admissible transfère de régime d'assurance à l'intérieur du secteur public, l'Assureur accepte son adhésion au régime obligatoire unique d'assurance traitement sans preuves d'assurabilité dans la mesure où il était déjà assuré par un régime comparable. Le montant d'assurance accordé est celui détenu antérieurement par cet employé pour autant que tel bénéfice soit disponible dans le régime.
- 2.2.4.6 Dans le cas d'un employé saisonnier, les expressions « au travail » et « de retour au travail » sont remplacées par « disponible pour le travail » et « disponibilité pour le travail ».
- 2.2.4.7 Dans le cas de congé avec traitement, y compris lors d'un congé de maternité, l'assurance en vertu du régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée est maintenue en vigueur et toute invalidité survenant durant cette période est évaluée selon les fonctions et la classification de l'adhérent.
- 2.2.4.8 Dans le cas d'une mise à pied temporaire d'un employé saisonnier, l'assurance et le paiement de la prime exigée en vertu du régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée sont suspendues. L'assurance est cependant remise en vigueur automatiquement à la date de rappel au travail, que l'adhérent soit invalide ou non à cette date, pour autant que celui-ci ait été assuré en vertu du présent régime avant la mise à pied temporaire. Toute invalidité débutant durant la mise à pied temporaire est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date à laquelle l'adhérent aurait normalement dû retourner au travail.
- 2.2.4.9 Sous réserve de l'article 2.2.4.11, dans le cas d'une absence sans traitement, l'adhérent peut maintenir ou non sa participation au régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée, à condition de soumettre à l'Assureur une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant le début de l'absence sans traitement.

Si l'adhérent maintient son adhésion au présent régime durant son absence sans traitement, les primes afférentes demeurent payables à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date du début de l'absence sans traitement. Dans ce cas, l'assurance et les primes afférentes sont basées sur le salaire que l'adhérent aurait eu n'eut été de l'absence. L'adhérent doit également maintenir toutes ses autres garanties. Toute invalidité débutant durant telle absence sans traitement est alors réputée avoir débuté à la date à laquelle l'adhérent aurait normalement dû retourner au travail.

Si l'adhérent ne maintient pas son adhésion au présent régime durant son absence sans traitement, l'assurance et les primes afférentes en vertu du régime sont alors suspendues pour la durée de l'absence sans traitement. Par conséquent, toute invalidité débutant durant telle période n'est pas reconnue; cependant, l'assurance est remise en vigueur à la date effective de retour au travail de l'adhérent avec traitement.

- 2.2.4.10 Dans le cas où l'adhérent participe au régime de congé à traitement différé, l'assurance et les primes afférentes en vertu du présent régime sont maintenues à la fois durant les périodes de travail et de congé de l'adhérent sur la base du salaire qu'aurait reçu l'adhérent n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé. Toutefois, les prestations payées en vertu du présent régime sont suspendues durant la période de congé de l'adhérent invalide et ne reprennent qu'à la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

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

- 2.2.4.11 Dans le cas où un adhérent est suspendu ou congédié et qu'il décide de contester cette décision devant le tribunal approprié, l'assurance et les primes afférentes en vertu du régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée sont suspendues.

Si la décision rendue par le tribunal approprié est favorable à l'adhérent, le régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée est alors remis rétroactivement en vigueur à la date de suspension ou de congédiement et les primes afférentes sont payables rétroactivement à cette même date.

- 2.2.4.12 Un adhérent rétrogradé selon les conditions de travail concernant la rétrogradation ou la réorientation de carrière, selon le cas, pour cause d'invalidité, continue sa participation au présent régime, sans preuves d'assurabilité, à la date à laquelle prend fin le paiement des prestations, s'il est au travail à cette date, sinon à compter de la date de son retour au travail.

- 2.2.4.13 Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la retraite progressive, son assurance demeure en vigueur durant la période d'absence et les primes et les prestations sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé.

Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la préretraite graduelle, son assurance demeure en vigueur pendant la période d'absence et les primes afférentes sont payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit; cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé; de plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

- 2.2.4.14 Dans le cas où l'adhérent se prévaut des autres dispositions prévues aux conditions de travail relativement au programme de travail à temps réduit, l'assurance et les primes afférentes en vertu du présent régime sont maintenues sur la base du salaire qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au programme de travail à temps réduit.

2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Sous réserve des dispositions des présentes, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

2.3.1 Régime obligatoire d'assurance maladie

2.3.1.1 Employé assuré en vertu du contrat antérieur

L'employé devient assuré à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat, qu'il soit alors au travail ou non.

2.3.1.2 Employé non assuré en vertu du contrat antérieur

2.3.1.2.1 Dans le cas où aucune preuve d'assurabilité n'est requise, l'assurance débute à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité s'il est alors au travail, à moins d'être exempté, sinon à la date de son retour au travail.

2.3.1.2.2 Dans le cas où des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance débute à la date du début de la période de paie suivant l'avis d'acceptation par l'Assureur, des preuves d'assurabilité requises.

2.3.1.3 Personnes à charge

Les personnes à charge deviennent assurées à compter des dates prévues à l'article 2.2.1.8.

2.3.2 Régime facultatif d'assurance vie des adhérents

2.3.2.1 Employé assuré en vertu du contrat antérieur

2.3.2.1.1 Tout employé non invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré à cette date, qu'il soit alors au travail ou non.

2.3.2.1.2 Tout employé absent du travail pour cause d'invalidité à la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré aux conditions suivantes :

- a) si l'employé n'a pas terminé son délai de carence pour exonération des primes en vertu du 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;
- b) si l'employé est exonéré des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date de son retour au travail.

2.3.2.2 Employé non assuré en vertu du contrat antérieur

2.3.2.2.1 Relativement aux protections ne nécessitant pas de preuves d'assurabilité, l'assurance débute à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité s'il est alors au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.

2.3.2.2.2 Relativement aux protections en excédent de celles ne nécessitant pas des preuves d'assurabilité, l'assurance débute à compter de la date du début de la période de paie suivant l'avis d'acceptation, par l'Assureur, des preuves d'assurabilité requises.

Nonobstant ce qui précède, la protection de la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent débute au même moment que la protection de la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent si les demandes pour ces deux protections sont faites simultanément. Si la demande pour la protection de la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent est faite après celle de la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent, ladite protection prend alors effet à la première période de paie suivant une période de 3 mois qui suit immédiatement la date où la demande est reçue par l'employeur.

2.3.2.3 Conjoint et enfants à charge

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

- a) la date de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé admissible;
- b) la date à laquelle l'employé admissible remplit la demande d'adhésion pour son conjoint et ses enfants à charge;
- c) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge rencontre les conditions énoncées précédemment;
- d) la date à laquelle le conjoint est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles quant à la protection d'assurance vie du conjoint;
- e) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour le conjoint et les enfants à charge de l'employé admissible et uniquement pour les montants ou protections sujets à preuves, à la date du début de la période de paie suivant l'acceptation, par l'Assureur, des preuves d'assurabilité requises.

2.3.3 Régime facultatif d'assurance vie des retraités

2.3.3.1 L'assurance des retraités et des conjoints des retraités entre en vigueur à compter du premier jour suivant la période de paie au cours de laquelle l'adhérent a pris sa retraite.

2.3.4 Régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée

2.3.4.1 Employé assuré en vertu du contrat antérieur

2.3.4.1.1 Tout employé non invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré à cette date, qu'il soit alors au travail ou non.

2.3.4.1.2 Tout employé absent du travail pour cause d'invalidité à la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré à la date de retour au travail de l'employé.

2.3.4.2 Employé non assuré en vertu du contrat antérieur

L'assurance débute à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité si l'employé est apte au travail à cette date; sinon, à la date de son retour au travail.

2.4 Dispositions transitoires

- 2.4.1 Pour tout adhérent assuré seul ou avec ses personnes à charge en vertu du 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 et ses personnes à charge, le cas échéant, ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, que l'adhérent soit au travail ou non.

Ainsi, tout adhérent ou toute personne à charge assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privé de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans le contrat antérieur ou parce que l'adhérent n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Également, tout adhérent ou toute personne à charge assurée aux termes du contrat antérieur est couvert de plein droit par le présent contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que l'adhérent appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le présent contrat.

- 2.4.2 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 ou de transformation ou autrement.

2.5 Preuves d'invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, il doit fournir une demande de prestations, ainsi que des preuves écrites quant à la cause et à la durée de son invalidité totale, dans les 90 jours précédant l'épuisement des 52 semaines de prestations payables exclusivement en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur.

Les délais mentionnés ci-dessus sont de rigueur mais, pourvu qu'il ne se soit pas écoulé plus de 90 jours suivant l'épuisement des 52 semaines de prestations payables exclusivement par l'employeur pour la présentation de la demande et des preuves, l'adhérent ne perd pas le droit aux bénéfices stipulés aux présentes.

L'Assureur reconnaît que l'employeur est responsable de la gestion de l'invalidité entre la 52^e semaine et la 104^e semaine d'invalidité de l'adhérent. Toutefois, afin d'éviter toute interruption dans le paiement des prestations, l'Assureur se réserve le droit de demander les documents et renseignements nécessaires à la gestion de l'invalidité dans les semaines précédant la 104^e semaine d'invalidité de l'adhérent.

Suivant la 104^e semaine d'invalidité, et 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 OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement encourus 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.

Lorsqu'un adhérent ou l'une de ses personnes à charge, le cas échéant, engage des frais faisant partie de ce qui est couvert dans le régime d'assurance maladie qu'il a choisi, l'Assureur rembourse ces frais selon les conditions ci-dessous. Le *tableau des garanties* décrit à l'article 3.1 indique les frais inclus dans les différents régimes et les articles suivants décrivent les frais couverts.

3.1 Tableau des garanties

	Régime		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Franchise annuelle			
Adhérent et enfants à charge	225 \$	Aucune	Aucune
Conjoint	225 \$	Aucune	Aucune
Coassurance			
<u>Médicaments</u>			
Coassurance	68 % des premiers 2 578 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent pour l'adhérent et les enfants à charge; et 68 % des premiers 2 578 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent pour le conjoint	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, et 100 % de l'excédent
Liste de médicaments	Provinciale	Régulière	Régulière
Contraception orale d'urgence	100 %	100 %	100 %
Substitution	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

	Régime		
Coassurance (suite)	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Frais d'hospitalisation	s. o.	s. o.	100 % Chambre semi-privée
Assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage	s. o.	100 %	100 %
Frais de psychologue, de psychothérapeute et de travailleur social	s. o.	50 %	50 %
Frais marqués d'un astérisque (*) dans la liste ci-dessous	s. o.	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Autres frais	s. o.	80 %	80 %
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Frais couverts			
Frais d'hospitalisation	Non	Non	Oui
Assurance voyage	Non	Oui	Oui
Assistance voyage	Non	Oui	Oui
Annulation de voyage	Non	Oui	Oui
Médicaments	Oui	Oui	Oui
Audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste *	Non	Oui	Oui
Oxygène, sang, plasma sanguin et sérum *	Non	Oui	Oui
Fauteuil roulant, poumon d'acier, lit d'hôpital et chambre hyperbare *	Non	Oui	Oui
Prothèses et membres artificiels et appareils orthopédiques *	Non	Oui	Oui
Chaussures orthopédiques et orthèse podiatriques *	Non	Oui	Oui
Bas support *	Non	Oui	Oui
Stérilet *	Non	Oui	Oui

	Régime		
Frais couverts (suite)	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Examens à des fins de diagnostic *	Non	Oui	Oui
Infirmier à domicile	Non	Non	Oui
Physiothérapeute en clinique privée *	Non	Oui	Oui
Ambulance *	Non	Oui	Oui
Dentiste pour dommages accidentels	Non	Oui	Oui
Clinique ou maison de convalescence	Non	Non	Oui
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non	Oui	Oui
Acupuncteur, chiropraticien et podiatre	Non	Oui	Oui
Radiographies de chiropraticien	Non	Oui	Oui
Homéopathe, massothérapeute, naturopathe et ostéopathe	Non	Non	Oui
Psychologue, psychothérapeute et travailleur social	Non	Oui	Oui
Diététiste	Non	Oui	Oui
Appareils thérapeutiques	Non	Oui	Oui
Glucomètre ou réflectomètre	Non	Oui	Oui
Appareils auditifs	Non	Oui	Oui
Pompe à insuline et accessoires (lecteur de glucose en continu, tubulures, cathéters)	Non	Oui	Oui
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie	Non	Oui	Oui
Injectons sclérosantes *	Oui	Oui	Oui

3.2 Description des garanties et modalités de remboursement

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage de coassurance prévu au *Tableau des garanties*, après déduction d'une seule franchise annuelle, si applicable, et selon les maximums indiqués à la description des frais couverts.

3.2.1 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée supportés dans un centre hospitalier au Canada, en chambre privée ou en chambre à deux lits (semi-privée), et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût maximum d'une chambre à deux lits (semi-privée) prévu selon toute loi applicable dans la province où les frais sont engagés, sans limite quant au nombre de jours.

3.2.2 Assurance voyage

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits dans l'assurance voyage 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.

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

Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ 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.

3.2.2.1 Frais admissibles

3.2.2.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre à deux lits (semi-privée) ou à un lit (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 dans un centre hospitalier, 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 ou une compagne 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 du remboursement maximal par accident prévu selon le guide des actes buccodentaires de l'année courante approuvé par l'association dentaire des praticiens généralistes de la province de résidence de l'assuré; de plus, les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

3.2.2.1.2 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'Assisteux organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de 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 sept 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. 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 \$.

3.2.2.1.3 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 ou une compagne de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant 8 jours.

3.2.2.2 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 centre hospitalier 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 encourus 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.

3.2.2.3 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 encourus 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.

3.2.2.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage :

En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 3.2.5, 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 du centre hospitalier 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, à la suite d'un accident ou d'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 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;
- f) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) 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;

- h) 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. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiatures, telles le ski alpin et la plongée sous-marine;
- i) à la suite de l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- j) 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, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas de tels événements ou situations.
- k) dans le cas de frais 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, il 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.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

3.2.2.6 Coordination

Cette assurance est une assurance dite «second payeur». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

3.2.3 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de 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.

3.2.3.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

3.2.3.1.1 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;

3.2.3.1.2 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;

3.2.3.1.3 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;

3.2.3.1.4 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;

- 3.2.3.1.5 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;
- 3.2.3.1.6 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;
- 3.2.3.1.7 Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- 3.2.3.1.8 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;
- 3.2.3.1.9 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;
- 3.2.3.1.10 La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) 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.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.2.3.1.11 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;

3.2.3.1.12 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;

3.2.3.1.13 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.

3.2.3.1.14 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.

3.2.3.2 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.

3.2.3.2.1 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.

3.2.3.2.2 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.

3.2.3.2.3 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.

3.2.3.3 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 :

- 3.2.3.3.1 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;
- 3.2.3.3.2 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;
- 3.2.3.3.3 Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 3.2.3.3.4 La participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- 3.2.3.3.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- 3.2.3.3.6 Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- 3.2.3.3.7 L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- 3.2.3.3.8 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;

- 3.2.3.3.9 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;
- 3.2.3.3.10 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;
- 3.2.3.3.11 Lorsque l'activité visée par le voyage est la chasse ou la pêche.
- 3.2.3.3.12 Dans le cas de frais 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, il 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.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.2.3.3.13 Dans le cas de frais 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 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.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.2.3.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès du fournisseur de services de voyage concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assisteur doit en être avisé au même moment.

La responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause 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 avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

3.2.3.5 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

3.2.3.6 Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage

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

3.2.3.6.1 Les titres de transport inutilisés.

3.2.3.6.2 Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.

3.2.3.6.3 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.

3.2.3.6.4 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.

3.2.3.6.5 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.

3.2.3.6.6 Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.

3.2.3.6.7 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.

3.2.3.6.8 Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

3.2.4 Description des frais couverts

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

3.2.4.1 Frais de médicaments

3.2.4.1.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de l'assuré.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) 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.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

3.2.4.1.2 Clauses offertes

Deux clauses sont offertes selon ce qui est indiqué au tableau des garanties de l'article 3.1 :

a) Liste de médicaments provinciale

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques prévus en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré.

Sont également admissibles les médicaments suivants :

- contraception orale d'urgence

b) Liste de médicaments régulière

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

De plus, pour les résidents du Québec, sont également remboursés les médicaments et les services pharmaceutiques prévus en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments.

Sont également admissibles les médicaments suivants :

- contraception orale d'urgence;
- Prodiem et autres laxatifs (à l'exclusion des lavements) pour les assurés quadriplégiques ou paraplégiques;
- Imodium, Novo-Lopéramide et PMS-Lopéramide pour les maladies iléales (incluant la maladie de Crohn) et les colites ulcéreuses, les suppléments alimentaires ne sont pas remboursables;
- enzymes digestives du lactose pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans;

- enzymes pancréatiques dans les cas de pancréatite aiguë nécrosante sévère, de traumatisme abdominal majeur impliquant la destruction du pancréas, de pancréatite chronique ou de dysfonction digestive secondaire aux chirurgies gastro-jéjuno-iléo-hépatiques majeures et résection du pancréas.

3.2.4.1.3 Substitution

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, il 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. Par la suite, l'assuré doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

3.2.4.1.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) Les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle.
- b) Les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré, demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

- c) Les médicaments, hormones, produits et injections servant au traitement de l'obésité.
- d) Les préparations pour nourrissons.
- e) Les produits naturels et produits homéopathiques.
- f) Les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- g) 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 professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif.
- h) Les produits antitabac.
- i) Les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle.
- j) Les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée.
- k) Les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives.
- l) Les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que l'assuré soit hospitalisé ou non.
- m) Les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.
- n) Les médicaments qui, de l'avis de l'Assureur, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière.

- 3.2.4.2 Les honoraires d'**audiologistes**, d'**ergothérapeutes** et d'**orthophonistes**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue. Un seul traitement par jour, pour le même patient, est sujet à prestation.
- 3.2.4.3 Les frais pour **oxygène** et location de l'équipement servant à l'administrer, **sang, plasma sanguin et sérum**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.
- 3.2.4.4 Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant**, de **poumon d'acier**, de **lit d'hôpital** et de **chambre hyperbare**, pour usage temporaire.
- 3.2.4.5 Les frais pour l'achat d'un **membre artificiel** ou d'une **prothèse myoélectrique** pour une perte survenue en cours d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 \$ par membre ou prothèse, par assuré. Sont également admissibles les frais de réparation d'un membre artificiel ou d'une prothèse myoélectrique, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 \$ par réparation, par assuré, ainsi que les frais de remplacement d'un membre artificiel ou d'une prothèse myoélectrique, rendu nécessaire à la suite d'un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 \$ par membre ou prothèse, par assuré.

Les frais pour l'achat, la réparation ou le remplacement d'un **œil artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance, et les frais pour l'achat ou la location, selon le cas, de **prothèses**, de **plâtres**, de **pansements**, de **corsets orthopédiques**, de **bandes herniaires**, d'**attelles**, de **béquilles** ou d'autres **équipements orthopédiques**.

- 3.2.4.6 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques et d'orthèses podiatriques**. Sont considérés comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également couverts les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que toutes formes de sandales, ne sont pas couvertes par la présente garantie.
- 3.2.4.7 Lorsque prescrit par un médecin, les frais d'achat de **bas support** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile, par assuré.
- 3.2.4.8 Les frais d'achat d'un **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 50 \$ par stérilet.
- 3.2.4.9 Les **radiographies**, les **examens de laboratoires**, les **scans**, les **tests de résonance magnétique** et les **ultrasons** effectués aux fins de diagnostic, de même que les frais de **radiothérapie** ou de **radium thérapie**, à l'exclusion des services reçus dans un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré.
- 3.2.4.10 Les services professionnels d'un **infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié**, pour des soins rendus au domicile de l'adhérent, lorsque prescrits par un médecin pour des raisons médicales justifiables, à l'exclusion des soins fournis par toute personne qui réside habituellement dans la demeure de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par assuré;
- Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré :
- 3.2.4.11 Les honoraires de **physiothérapeutes** pour des soins rendus en clinique privée, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue, ou de **thérapeutes en réadaptation physique** sous la surveillance d'un physiothérapeute reconnu ou d'un physiatre, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 50 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.

- 3.2.4.12 Les frais de transport aller et retour par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris un voyage par avion ou par train en cas d'urgence.
- 3.2.4.13 Les services professionnels d'un **dentiste** rendus dans les 12 mois suivant la date d'un accident survenu après le commencement de l'assurance pour réparer les dommages accidentels à des dents saines et naturelles ou pour réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire.
- Toutefois, tout acte, traitement, prothèse de quelque nature que ce soit, reliés à un implant, ne sont pas admissibles à un remboursement.
- 3.2.4.14 Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans une **clinique ou une maison de convalescence** reconnue comme telle par la loi sur l'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 100 \$ par jour par assuré et de 60 jours par année civile, par assuré.
- 3.2.4.15 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée, à la condition que les soins soient prodigués dans les 12 mois de la date de l'accident. Ce délai peut toutefois être prolongé par l'Assureur s'il est démontré que les soins ne peuvent être rendus à l'intérieur de 12 mois et pourvu que le contrat soit toujours en vigueur à la date des soins.
- 3.2.4.16 Les honoraires d'**acupuncteurs**, de **chiropraticiens** (traitement et examen) et de **podiatres**, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 50 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile par assuré pour l'ensemble de ces professionnels. Les frais pour les **radiographies de chiropraticiens** (incluant les examens fluoroscopiques) sont limités à un maximum admissible de 40 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 3.2.4.17 Les honoraires d'**homéopathes**, de **massothérapeutes**, de **naturopathes** et d'**ostéopathes**, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 50 \$ par traitement et d'un maximum de remboursement combiné de 500 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

- 3.2.4.18 Les honoraires de **psychologues**, de **psychothérapeutes** et de **travailleurs sociaux**, de même que les frais de thérapie suivie à la Maison La Vigile (maison d'entraide et de ressourcement pour agentes et agents de la paix), sont remboursés à 50 %, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement combiné de 500 \$ par année civile, par assuré, pour le régime Santé 2 et jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement combiné de 1 000 \$ par année civile, par assuré, pour le régime Santé 3. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.
- 3.2.4.19 Les honoraires d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 50 \$ par visite et de 6 visites par année civile, par assuré. Une seule visite par jour pour le même assuré est sujette à prestation.
- 3.2.4.20 Lorsque prescrits par le médecin, les frais de location d'**appareils thérapeutiques** ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique.

L'achat de **couches pour incontinence**, de **sondes**, de **cathéters** et d'autres **articles hygiéniques** du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature).

Ces frais sont sujets à un remboursement viager maximal de 10 000 \$ par assuré.

- 3.2.4.21 Les frais d'achat d'un **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** (réflectomètre, glucomètre, Glucoscan, Accu-Chek), incluant la mallette de transport, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs.

Ces frais sont remboursables sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

3.2.4.22 Les frais d'achat d'un **appareil auditif** jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs, par assuré.

3.2.4.23 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, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 8 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré. Sont également admissibles les frais pour le lecteur de glucose en continu.

Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont sujets à un maximum admissible de 2 400 \$ par année civile, par assuré.

3.2.4.24 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 375 \$ de frais admissibles, par assuré.

3.2.4.25 Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections et de 10 séances par année civile, par assuré.

3.2.5 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 :

3.2.5.1 Pour des vaccins préventifs.

3.2.5.2 Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement.

3.2.5.3 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.

3.2.5.4 Pour des frais engagés pour des soins dentaires ou esthétiques, sauf s'ils sont expressément couverts par un des régimes d'assurance maladie prévus au présent contrat.

3.2.5.5 Pour des soins prodigués gratuitement.

3.2.5.6 Pour tout produit ou service non médicalement requis.

3.2.5.7 Pour des prothèses capillaires, sauf s'ils sont expressément couverts par un des régimes d'assurance maladie prévus au présent contrat.

- 3.2.5.8 Pour un examen de la vue ou de l'ouïe.
- 3.2.5.9 Pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier à moins que les soins ou services ne soient prescrits par un médecin.
- 3.2.5.10 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 un voyage de santé.
- 3.2.5.11 Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées.
- 3.2.5.12 Dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les canadiens à ne pas y voyager, lorsque les frais sont reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils ont été engagés après que la recommandation a été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 3.2.5.13 Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- 3.2.5.14 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.
- 3.2.5.15 Pour tout élément implanté chirurgicalement.
- 3.2.5.16 Pour tout appareil d'aide à la marche robotisé.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions stipulées à l'article 3.2.2.4 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réduction stipulées à l'article 3.2.3.3 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.

3.3 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 encourus. Les frais sont considérés comme encourus à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai ci-devant stipulé est de rigueur. Toutefois, 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.

3.4 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 centre hospitalier 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.

3.5 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 centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

3.6 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'épuisement de ses jours de congés de maladie accumulés, pourvu toutefois que le contrat soit maintenu en vigueur. Si l'invalidité totale est reconnue par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou par la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*, l'exonération du paiement des primes débute alors à compter de la date du début de l'invalidité.

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

- la date de fin d'une période de 36 mois suivant la date de début de l'exonération;
- la fin de l'invalidité totale;
- la date de mise à la retraite de l'adhérent;

- la date de la fin du contrat ou de la fin du régime.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale, ni lors d'un retrait préventif.

3.7 Prolongation

Lors de la terminaison de l'assurance d'un adhérent, l'Assureur rembourse, pour l'adhérent invalide ou la personne à charge assurée hospitalisée lors de la terminaison de l'assurance, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles subis par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité ou l'hospitalisation à la condition que :

- a) avant la date de terminaison de son assurance, l'adhérent ait subi des frais admissibles par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé son invalidité ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée;
- b) l'invalidité ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue;
- c) l'adhérent ou la personne à charge concerné ne devienne pas admissible à un autre contrat comportant une protection d'assurance maladie similaire;
- d) le présent contrat demeure en vigueur pendant la période de prolongation de la protection.

Cependant, la prolongation s'applique pour une période de 12 mois pour les frais d'hospitalisation.

3.8 Transformation

Tout adhérent qui cesse d'être assuré aux termes de ce régime parce qu'il cesse d'être admissible peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir une police d'assurance maladie individuelle, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Toute personne à charge qui cesse d'être assurée aux termes de ce régime parce qu'elle cesse de répondre à la définition de personne à charge ou que l'adhérent décède peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de l'assurance, obtenir une police d'assurance maladie individuelle, d'un genre émis par l'Assureur dans ces circonstances.

3.9 Modalité de paiement

L'adhérent peut se servir, pour l'achat de médicaments, de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé direct.

3.10 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu de ce contrat, 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.

3.11 Fin de l'assurance

3.11.1 Le régime obligatoire d'assurance maladie (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3) de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

3.11.1.1 La date de la fin du contrat.

3.11.1.2 La date du dernier jour de la période de paie au cours de laquelle survient la cessation de l'emploi de l'adhérent. Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre ministère n'est pas considérée comme une cessation d'emploi.

3.11.1.3 La date à laquelle l'assurance, en vertu de l'autre régime d'assurance collective, débute pour un adhérent qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie selon les dispositions de l'article 2.2.1.2.

3.11.1.4 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée sous réserve de l'article « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue de l'adhérent.

3.11.1.5 Le dernier jour de la période de paie au cours de laquelle l'adhérent prend sa retraite, sous réserve de l'article « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

3.11.1.6 La date à laquelle se termine l'exonération des primes à moins que l'adhérent n'ait repris le paiement de sa prime en raison du maintien de son lien d'emploi.

3.11.2 L'assurance des personnes 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.

3.11.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

3.11.2.3 La date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire s'assurer seul sous réserve de l'article 2.2.1.1.

3.11.2.4 La date à laquelle l'assurance, en vertu de l'autre régime d'assurance collective, débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du présent régime selon les dispositions de l'article 2.2.1.2.

3.12 Dispositions applicables aux personnes assurées atteignant l'âge de 65 ans

3.12.1 Adhérent

Lorsqu'un adhérent atteint l'âge de 65 ans, il est automatiquement inscrit au Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) pour la couverture de ses médicaments.

Dans les 30 jours suivant son 65^e anniversaire, l'adhérent doit alors choisir une des 2 options suivantes :

- a) Maintenir son inscription au RGAM et aviser l'Assureur qu'il désire mettre fin à son assurance en vertu du présent contrat, laquelle prendra fin à la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent. **Si l'adhérent choisit cette option, il ne pourra plus modifier sa décision par la suite.**
- b) Annuler son inscription au RGAM et maintenir sa participation au régime obligatoire d'assurance maladie en vertu du présent contrat, selon la tarification applicable.

Un adhérent sans enfant à charge, dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus et est inscrit au RGAM, peut modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra plus modifier son statut de protection par la suite.

Lorsque l'employé détient une protection monoparentale ou familiale, tout nouvel enfant est automatiquement assuré à compter de la date à laquelle il devient admissible.

3.12.2 Conjoint

Lorsque le conjoint de l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, il devient automatiquement assuré par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) pour les médicaments. Toutefois, le conjoint peut choisir de demeurer assuré par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent, en vertu du présent contrat, pourvu qu'une demande écrite à cet effet soit transmise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent le 65^e anniversaire de naissance du conjoint, accompagnée d'une confirmation d'annulation de protection par le RGAM.

Si le conjoint choisit d'être couvert par le Régime général d'assurance médicaments du Québec, il ne pourra plus modifier sa décision par la suite.

Le conjoint ne peut demeurer assuré par le régime d'obligatoire d'assurance maladie du présent contrat si l'adhérent lui-même n'est pas assuré par ce dernier.

ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Seuls les assurés couverts par le régime d'assurance maladie Santé 3 sont admissibles au présent régime d'assurance soins dentaires.

4.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste 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 du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2014 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute pendant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

Avant d'entreprendre un traitement dentaire important, l'assuré devrait soumettre à l'Assureur un plan de traitement élaboré par le dentiste afin que l'Assureur puisse déterminer si les traitements sont couverts et le montant des frais pouvant être admissibles.

4.2 Modalités de remboursement

Lorsqu'un adhérent couvert par le régime Santé 3 ou l'une de ses personnes à charge, le cas échéant, engage des frais couverts par le présent régime d'assurance soins dentaires, l'Assureur rembourse ces frais selon les conditions ci-dessous. Le *Tableau des garanties* suivant indique les pourcentages de coassurance et la franchise applicable s'il y a lieu. Les articles suivants décrivent les frais couverts.

Protection	
Franchise annuelle	
- Protection individuelle	Aucune
- Protection familiale	Aucune
- Protection monoparentale	Aucune
Coassurance	
- Soins préventifs	80 %
- Restauration de base	65 %
- Restauration majeure	65 %

Protection	
- Restauration complexe et prothèses	50 %
- Orthodontie	50 %
Maximum par assuré	
- Ensemble des soins préventifs, restauration de base, restauration majeure, restauration complexe et prothèses	700 \$ par année civile, par assuré
- Orthodontie	700 \$ viager, par assuré

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 cher.

4.3 Description des frais de prévention

4.3.1 Diagnostic :

- examen buccal clinique :
 - a) examen complet : un examen par période de 60 mois consécutifs (01100, 01120, 01130);
 - b) examen de rappel ou périodique : un examen par période de 9 mois consécutifs (01200);
 - c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance-maladie du Québec : un examen par période de 12 mois consécutifs (01250);
 - d) examen d'urgence : un examen par année (01300);
 - e) examen d'un aspect particulier : un examen par année (01400);
 - f) examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois consécutifs (01500).
- radiographies :
 - a) radiographies intra-orales :
 - i) radiographie périapicale (02111 à 02116);
 - ii) radiographie occlusale (02131, 02132);
 - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144);

iv) radiographie des tissus mous (02151, 02152).

b) radiographies extra-orales :

- i) pellicule extra-orale (02201, 02202);
- ii) examen des sinus (02304);
- iii) sialographie (02400);
- iv) substance radio-opaque (02430);
- v) articulation temporo-mandibulaire (02504);
- vi) pellicule panoramique : une pellicule par période de 60 mois consécutifs (02600).

– test histologique :

a) biopsie de tissu mou (04302);

b) biopsie de tissu dur par ponction et incision (04311, 04312).

4.3.2 Prévention :

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : un traitement par période de 9 mois consécutifs (11100, 11200, 11300);
- application topique de fluorure pour les enfants à charge âgés de 12 ans et moins : un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400);
- scellants des puits et fissures pour les enfants à charge âgés de 6 à 13 ans (13401, 13404);
- meulage interproximal des dents (13700);

4.3.3 Traumatisme endodontique

- pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 et 39904);
- supplément pour traitement endodontique à travers une couronne de métal et/ou porcelaine (32101);
- réimplantation d'une dent avulsée (39981);
- reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985);
- ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39201, 39202, 39211, 39212);
- meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970).

4.3.4 Chirurgie buccale

- a) incision et drainage chirurgicaux (75100);
- b) traitement post-chirurgical sans anesthésie (79601, 79602).

4.4 Description des frais de restauration de base

4.4.1 Restauration :

- dents primaires :
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105);
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125);
 - c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315);
- dents permanentes :
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215);
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225);
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235);
 - d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245);
 - e) tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304);
 - f) supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible (21601);
 - g) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118);
 - h) facette (antérieure et prémolaire) (23121, 23122);
 - i) prémolaire en composite lié par mordançage (23210 à 23215);
 - j) molaire en composite lié par mordançage (23220 à 23225);
 - k) incrustation, métal (25100, 25200, 25300, 25500);

- l) incrustation sans recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25121 à 25123);
- m) incrustation avec recouvrement, porcelaine résine ou céramique (25521);
- n) tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604).

4.4.2 Chirurgie buccale :

- tubéroplastie (73150, 73151);
- ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176);
- ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186).

4.5 Description des frais de restauration majeure

4.5.1 Endodontie :

- carie / trauma / contrôle de la douleur :
 - a) pansement sédatif (20111, 20121);
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131);
 - c) recimentation d'un fragment de dent brisé (20161).
- urgence endodontique :
 - a) pulpotomie (32201 et 32210);
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120);
- thérapie canalaire :
 - a) traitement de canal :
 - i) 1 canal (33100 à 33102, 33110 à 33112);
 - ii) 2 canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212);
 - iii) 3 canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312);
 - iv) 4 canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412);
 - v) canal additionnel (33475).

b) apexification :

- i) 1 canal (33521, 33531, 33541);
- ii) 2 canaux (33522, 33532, 33542);
- iii) 3 canaux (33523, 33533, 33543);
- iv) 4 canaux ou plus (33524, 33534, 33544).

- réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption par une approche non chirurgicale, par dent (34511).
- chirurgie endodontique périapicale :
 - a) apectomie et traitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde (34101 à 34104, 34111, 34112, 34114, 34115).

4.5.2 Parodontie :

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200);
- application d'un désensibilisant : maximum global de 10 applications par année civile, par assuré pour toutes les dents (41300);
- traitements parodontaux d'appoint :
 - a) jumelages ou ligatures provisoires (43200, 43211, 43212, 43260);
 - b) jumelages permanents (43290, 43295);
 - c) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310);
 - d) détartrage parodontal : un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419);
 - e) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631);

f) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741);

g) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229).

4.6 Description des frais de restauration complexe et prothèses

4.6.1 Restauration :

– couronnes complètes préfabriquées :

a) couronne en acier inoxydable (22201, 22202, 22111, 22311);

b) couronne polycarbonate ou autre matériau similaire (22401, 22411, 22501, 22511).

4.6.2 Chirurgie endodontique périapicale :

a) apéctomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215);

b) amputation de racine (34401, 34402);

c) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453);

d) hémisection (39230).

4.6.3 Parodontie :

– chirurgie parodontale :

a) curetage gingival et surfaçage radiculaire (42000, 42001);

b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010);

c) fibrotomie (42330, 42331);

d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100);

e) greffe (tissus mous) (42200, 42300, 42301);

f) Wedge proximal (mésial ou distal) (42400).

4.6.4 Prothèses fixes :

- couronne individuelle :
 - a) acrylique cuit (27100);
 - b) temporaire en acrylique (27130, 27150);
 - c) porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal (27200, 27210, 27300, 27310)
- actes complémentaires (27401, 27501, 27503, 28211);
- corps coulé (27640, 27700, 27701, 27707, 27710, 27711);
- réparation d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil (27721);
- réparation de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirect (27722);
- réparation de porcelaine d'une couronne non décimentée, indirect (27723);
- recimentation et/ou ablation (29100, 29200, 29301, 29302);
- pivot préfabriqué (29501 à 29503);
- reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne, y compris les tenons, dent vivante ou dévitalisée (29600).

4.6.5 Prothèses amovibles :

- prothèse complète (51100, 51110, 51120, 51201 à 51203);
- prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320);
- prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620);
- prothèse complète hybride (51701 à 51703, 51711 à 51713);
- prothèse complète amovible sur implants (51911, 51912, 51914, 51915, 51921, 51922, 51931, 51932, 57202);
- prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232);

- prothèse partielle acrylique sur implants (52311, 52312, 52314, 52315, 52321, 52322);
- prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223);
- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52531, 52532, 52542, 52543);
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620);
- prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630);
- prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702);
- prothèses partielle, base coulée, sur implants (52711, 52712, 52714, 52715, 52721, 52722).

4.6.6 Ajustement d'une prothèse :

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

4.6.7 Réparations d'une prothèse complète ou partielle :

- réparation d'une prothèse sans empreinte (55101 à 55104);
- réparation d'une prothèse avec empreinte (55201 à 55204);
- ajouts de structure à une prothèse partielle (55520, 55530);
- nettoyage et polissage d'une prothèse (55700);
- remplacement des dents d'une prothèse (56602);
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631).

4.6.8 Rebasage et regarnissage :

- duplicata d'une prothèse (56100, 56101);
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232);
- rebasage (56260 à 56263, 56280, 56290);
- garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273).

Restrictions concernant le rebasage et le regarnissage

Ces services dentaires sont remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois ces services ne seront pas remboursables s'ils sont faits sur une prothèse temporaire (de transition).

4.6.9 Ponts fixes :

- pontique (62000, 62100, 62502, 62510, 62700, 62702, 62801);
- pont Papillon (Rochette) ou Maryland (65500);
- pont Monarch (65510).

4.6.10 Ponts fixes, services complémentaires :

- sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante (63031);
- décimentation d'un pont devant être recimenté (66600);
- immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique pour souder une fracture (66601);
- ablation d'un pont ne devant pas être recimenté (66611, 66612);
- recimentation d'un pont fixe, incluant un pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre (66620);
- réparations d'un pont fixe (66710, 66720, 66723);

- piliers de pont (67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410)
- couronne télescopique (67600);
- barre d’ancrage pour fixer à des capuchons (67501);
- pilier, incrustation :
 - a) métal (67711 à 67713);
 - b) porcelaine, céramique ou résine (67721 à 67723);
- tenons de rétention pour couronne et/ou piliers de pont (69701 à 69704).

4.6.11 Chirurgie buccale :

- ablation d’une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111);
- ablations chirurgicales :
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100, 72110);
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240);
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320);
 - d) exérèse d’une ou de portions d’une dent fracturée (72350);
 - e) exposition chirurgicale d’une dent (72410 à 72412);
 - f) déplacement chirurgical d’une dent (72430, 72440);
 - g) énucléation d’une dent (72450);
- correction et remodelage des tissus buccaux :
 - a) alvéolectomie (73020);
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110);
 - c) stomatoplastie (73123);
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140);
 - e) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361);

- f) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384);
- g) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404);
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste :
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109);
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410);
- incision et drainage chirurgicaux (75101, 75110);
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361);
- lacération de tissu mou, réparation (76950, 76951);
- lacération de part en part, réparation (76952, 76953);
- frénectomie (77801 à 77803);
- dislocation de la mandibule (78110, 78111)
- glande salivaire, traitement (79103, 79104 à 79106, 79113, 79144);
- récupération d'une racine ou d'un corps étranger (79301, 79303);
- sinus maxillaire, lavage (79304, 79305);
- fistule oro-antrale, fermeture (79306 à 79308);
- traitement d'une hémorragie (79400, 79401).

4.6.12 Services généraux complémentaires

- sédation consciente par inhalation ou par voie intraveineuse (92311 à 92319, 92331 à 92339).

4.6.13 Restrictions concernant les prothèses amovibles, les prothèses fixes et les ponts fixes

Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou à un pont fixe sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :

- a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe; ou
- b) que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et, si cette prothèse ou ce pont fixe a été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins cinq ans avant le remplacement.

Lorsque des prothèses fixes servent de piliers à un pont fixe, ces prothèses fixes sont remboursables selon les mêmes conditions que les ponts fixes.

Les prothèses sur implants sont payables selon le montant d'une prothèse standard équivalente conformément aux dispositions du présent contrat. Toutefois, les implants ainsi que les chirurgies reliées aux implants ne sont pas admissibles.

4.7 Description des frais d'orthodontie

4.7.1 Services généraux d'orthodontie :

- examen spécifique et diagnostique d'orthodontie (01902);
- examen complet d'orthodontie (80000);
- ajustements, modifications ou recimentation (appareils fixes ou amovibles) (80630, 80640, 80650, 80671, 80672, 80673);
- urgences orthodontiques (80801)

4.7.2 Correction des habitudes buccales (14045, 14050, 14100 à 14102, 14201, 14202, 14300)

4.7.3 Appareils de maintien d'espace :

- sur bagues (15108 à 15111, 15120);
- sur couronne en acier (15200, 15210);
- appareil amovible (15400, 15410);
- avec mordançage à l'acide (15420).

4.7.4 Orthodontie corrective :

- appareils amovibles (81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162, 81166, 81167);
- appareils orthopédiques (81171 à 81175);
- appareils fixes (81201 à 81214, 81221, 81222, 81261, 81271, 81291 à 81294).

4.7.5 Appareils de rétention (83100, 83111, 83112, 83113, 83114, 83200, 83210)

4.7.6 Orthodontie majeure :

- traitement d'orthodontie complet majeur (84000);
- traitement d'orthodontie complet majeur en deux phases (84500, 84600) ;
- versement sur traitement d'orthodontie en cours (89600).

4.8 **Exclusions et réduction de la garantie**

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- 4.8.1 Les traitements dentaires gratuits ou ceux que l'assuré n'est pas tenu de payer, ainsi que ceux qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
- 4.8.2 Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
- 4.8.3 Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis du point de vue dentaire ou qui ne sont pas recommandés ou approuvés par le dentiste traitant, ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- 4.8.4 Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.

- 4.8.5 Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.8.6 Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour compléter des formulaires de demande de prestations requis par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- 4.8.7 Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour une consultation avec l'assuré ou pour une consultation avec un autre dentiste.
- 4.8.8 Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire.
- 4.8.9 Les protecteurs buccaux.
- 4.8.10 Les implants dentaires ainsi que les chirurgies reliées aux implants.
- 4.8.11 Les traitements dentaires administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- 4.8.12 Les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.
- 4.8.13 Les frais reliés au remplacement de prothèses ou d'appareils perdus, égarés ou volés qui ont été mis en bouche alors que le présent régime de soins dentaires était en vigueur, à moins qu'il ne se soit écoulé au moins 5 ans depuis la mise en bouche.

4.9 Demande de prestations

La responsabilité de l'Assureur n'est engagée en vertu du présent contrat que s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 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.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, 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 de la présente garantie d'assurance.

4.10 **Coordination des prestations**

Le montant total des prestations versées en vertu de ce contrat, 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.

4.11 **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 contrat de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise toute personne rendant ou ayant rendu tels services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

4.12 **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 toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

4.13 **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'épuisement de ses jours de congés de maladie accumulés, pour un maximum de 36 mois pour toute période d'invalidité totale, pourvu toutefois que le contrat soit maintenu en vigueur. Si l'invalidité totale est reconnue par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou par la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*, l'exonération du paiement des primes débute alors à compter de la date du début de l'invalidité.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale, ni lors d'un retrait préventif.

4.14 Modalité de paiement

L'adhérent peut se servir de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé. Si le cabinet de dentiste n'offre pas ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

4.15 Fin de l'assurance

La participation de l'adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, au régime d'assurance soins dentaires prend fin à la date à laquelle se termine la participation au régime Santé 3, selon les dispositions prévues à l'article 3.11.

4.16 Transformation

Tout adhérent de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré aux termes de ce régime parce qu'il cesse d'être admissible peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir une police d'assurance soins dentaires individuelle, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Tout conjoint de moins de 65 ans ou enfant à charge qui cesse d'être assurée aux termes de ce régime parce qu'elle cesse de répondre à la définition de personne à charge ou que l'adhérent décède peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de l'assurance, obtenir une police d'assurance soins dentaires individuelle, d'un genre émis par l'Assureur dans ces circonstances.

ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE

5.1 Régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent

5.1.1 Montant d'assurance vie de base

Le montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent est égal à une (1) fois son traitement annuel.

5.1.2 Changement dans le montant d'assurance vie de base

Si le traitement d'un adhérent est modifié, le changement dans le montant d'assurance entre en vigueur le jour de la prise d'effet du changement de salaire à condition que l'adhérent soit alors au travail ou à défaut, à la date de son retour effectif au travail.

5.1.3 Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

5.1.3.1 Montant de la prestation :

Si un adhérent subit l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, 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'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
– de la vie	100 %
– des deux mains	100 %
– des deux pieds	100 %
– de la vision des deux yeux	100 %
– d'une main et d'un pied	100 %
– d'une main et de la vision d'un œil	100 %
– d'un pied et de la vision d'un œil	100 %
– de la vision d'un œil	50 %
– d'une main ou d'un pied	50 %

La perte d'une main ou d'un pied 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 œil signifie la perte totale et irréversible de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

L'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation 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 est limitée à 100 % du montant de la prestation.

5.1.3.2 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

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

- 5.1.3.2.1 En raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent.
- 5.1.3.2.2 En raison d'une insurrection, d'une guerre ou du service dans les forces armées de tout pays en état de guerre, que les hostilités soient déclarées ou non, ou de la participation active à une émeute, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent;
- 5.1.3.2.3 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 infligée ou s'est fait infliger intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- 5.1.3.2.4 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- 5.1.3.2.5 Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.
- 5.1.3.2.6 En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident.
- 5.1.3.2.7 À la suite d'un traitement médical ou dentaire, à une intervention chirurgicale ou une anesthésie.

5.1.3.2.8 En raison de toute infection ou infirmité ou maladie corporelle ou mentale ayant existé avant la date de l'accident ou ayant commencé après celle-ci, sauf s'il s'agit de maladie ou d'infection répondant à la définition de « mort ou mutilation par accident ».

5.1.3.2.9 En raison de la prise, l'administration, l'inhalation ou l'absorption, volontaire ou non, de tout gaz, poison, drogue ou médicament, autrement qu'à la suite d'un accident causé par le travail de l'adhérent.

5.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

5.2.1 Montant d'assurance vie additionnelle

Le montant payable au décès de l'adhérent est égal à 1, 2 ou 3 fois le traitement annuel de l'adhérent, selon le montant d'assurance vie additionnelle choisi par celui-ci en vigueur au moment du décès.

5.2.2 Restriction et exclusion

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 12 mois 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.

5.2.3 Changement dans le montant d'assurance vie additionnelle

Si le traitement d'un adhérent est modifié, le changement dans le montant d'assurance entre en vigueur le jour de la prise d'effet du changement à condition que l'adhérent soit alors au travail ou à défaut, à la date de son retour effectif au travail.

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'un adhérent provient de l'addition d'un montant d'assurance vie additionnelle, le changement de la protection et de la prime prend effet à compter de la date du début de la période de paie suivant l'avis d'acceptation, par l'Assureur, des preuves d'assurabilité requises.

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

5.2.4 Garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

L'adhérent peut, à son choix, opter pour une indemnité en cas de mort ou mutilation par accident égale à 1, 2 ou 3 fois son traitement annuel. Toutefois, le montant d'indemnité choisi doit être égal ou inférieur au montant d'assurance vie additionnelle.

5.2.4.1 Montant de la prestation

Si un adhérent 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'indemnité pour lequel l'adhérent est assuré.

Perte	Pourcentage
– de la vie	100 %
– des deux mains	100 %
– des deux pieds	100 %
– de la vision des deux yeux	100 %
– d'une main et d'un pied	100 %
– d'une main et de la vision d'un œil	100 %
– d'un pied et de la vision d'un œil	100 %
– de la vision d'un œil	50 %
– d'une main ou d'un pied	50 %

La perte d'une main ou d'un pied 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 œil signifie la perte totale et irréversible de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

L'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation 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.

Le total des prestations pour un même accident est limité à 100 % du montant d'indemnité pour lequel l'adhérent est assuré.

5.2.4.2 Exclusions et réduction de la garantie

Les exclusions et réduction stipulées à l'article 5.1.3.2 s'appliquent également à la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident.

5.3 Régime de prolongation de la protection antérieure (C4)

Ce régime s'adresse aux personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie en vigueur avant le 12 janvier 1989 et qui bénéficiaient de la clause de prolongation prévue dans le contrat antérieur.

5.3.1 Garantie d'assurance vie

Le montant d'assurance vie payable au décès de l'adhérent est celui accordé en vertu du contrat antérieur.

L'adhérent qui n'est pas assuré en vertu du régime facultatif d'assurance vie additionnelle peut réduire cette protection en tout temps, en autant qu'il conserve des tranches de 10 000 \$.

5.3.2 Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Le montant d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident est celui accordé en vertu du contrat antérieur.

L'adhérent qui n'est pas assuré en vertu de la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident peut réduire cette protection en tout temps, en autant qu'il conserve des tranches de 10 000 \$.

Cette garantie est dissociable de celle d'assurance vie. Cependant, si la garantie d'assurance vie est annulée, la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident l'est elle aussi.

5.4 Régime facultatif d'assurance vie du conjoint

5.4.1 Montant d'assurance vie du conjoint

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'un conjoint assuré d'un adhérent est de 1 à 5 tranches de 10 000 \$, selon le nombre de tranches qu'il aura retenues.

5.4.2 Restriction et exclusion

Ce régime ne s'applique pas si le conjoint meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 mois qui suivent la date de prise d'effet du présent régime, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant du régime, 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 reçues.

5.4.3 Réduction de la protection

Le montant d'assurance vie du conjoint est réduit à 10 000 \$ lorsque l'adhérent atteint 65 ans.

5.5 Régime facultatif d'assurance vie des enfants à charge

5.5.1 Montant d'assurance vie des enfants à charge

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus d'un adhérent est de 5 000 \$.

5.6 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, l'assurance qu'il détenait pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge au moment du début de l'invalidité est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la date d'épuisement de ses congés de maladie accumulés, pour la durée de l'invalidité totale sans dépasser la plus tardive des deux dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
- b) la date à laquelle l'adhérent invalide n'a plus droit aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Si l'invalidité totale est reconnue par la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, l'exonération des primes débute à compter du début de l'invalidité.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale, ni lors d'un retrait préventif.

5.7 Prolongation en cas de transformation

La protection à l'égard d'un assuré est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle il a le droit de faire la demande d'un contrat d'assurance vie individuelle en vertu de l'article « **Droit de transformation** ».

5.8 Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie

5.8.1 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.

5.8.2 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.

5.8.3 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 à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

5.9 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.

5.10 Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou de la personne à charge assurée 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.

5.11 Fin de l'assurance

5.11.1 Les régimes facultatifs d'assurance vie de base, d'assurance vie additionnelle et de prolongation de la protection antérieure (C4) de tout adhérent se terminent à la première des dates suivantes :

5.11.1.1 La date de la fin du contrat, sous réserve de l'article « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

5.11.1.2 La date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent pour le régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

5.11.1.3 La date du dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve de l'article « Prolongation en cas de transformation ». Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre n'est pas considérée comme une cessation d'emploi.

5.11.1.4 La date du début de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur d'un avis écrit de l'adhérent demandant de mettre fin à la présente protection ou au régime d'assurance maladie pour une raison autre que la retraite ou la cessation d'emploi, à moins d'exemption tel que prévu aux conditions de travail.

5.11.1.5 La date du dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa retraite; toutefois :

- a. L'adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la date correspondant à la date de terminaison de l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- b. L'adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou plus qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la date correspondant à la date de fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

5.11.1.6 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et « Prolongation en cas de transformation ».

5.11.2 Les régimes du conjoint et des enfants à charge se terminent à la première des dates suivantes :

5.11.2.1 La date de la fin de l'assurance de l'adhérent.

5.11.2.2 La date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être une personne à charge.

5.11.2.3 La date du début de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur d'un avis écrit de l'adhérent demandant de mettre fin à la protection des personnes à charge.

5.12 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide âgé de moins de 65 ans, dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 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 si celui-ci est désigné irrévocable.

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

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5-10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V121757) au 31 décembre précédent arrondi au ¼ de 1 % supérieur.

ARTICLE 6 - RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS

6.1 Régime facultatif d'assurance vie des retraités

6.1.1 Montant d'assurance vie du retraité

L'adhérent qui prend sa retraite peut choisir les montants suivants en vertu du régime facultatif d'assurance vie :

- a) Assurance vie de base : Un montant équivalent à 25 %, 50 % ou 100 % du traitement annuel à la date de la retraite, ce montant étant arrondi aux 1 000 \$ supérieurs. Toutefois, à compter de l'âge de 70 ans, le montant ne peut excéder 25 % ou 50 % du traitement annuel à la date de la retraite.
- b) Assurance vie additionnelle: 1 à 3 fois le traitement annuel à la date de la retraite, ce montant étant arrondi aux 1 000 \$ supérieurs.
- c) Régime de prolongation de la protection antérieure (C4) : Montant équivalent à celui détenu en vertu de ce régime à la date de la retraite.

Le montant d'assurance détenu en vertu de l'un ou l'autre des régimes ne peut être inférieur à 5 000 \$.

L'adhérent retraité ne peut demander l'augmentation des montants qu'il a choisis à la date de la retraite par la suite. Cependant, il peut réduire ses montants d'assurance vie en tout temps, mais la réduction doit s'effectuer en respectant l'ordre suivant :

- i) Réduire le pourcentage du traitement annuel pour passer à 50 % ou à 25 % en assurance vie de base;
- ii) Réduire le nombre de fois le traitement annuel en assurance vie additionnelle;
- iii) Terminer la participation à la protection détenue dans le régime de prolongation de la protection antérieure (C4);

Au décès d'un adhérent couvert par cette garantie, l'Assureur paie au bénéficiaire un montant équivalent à tous les montants d'assurance détenus à la date du décès en vertu du régime facultative d'assurance vie des retraités.

6.2 Régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité

6.2.1 Montant d'assurance vie du conjoint du retraité

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, le montant payable au décès du conjoint assuré d'un adhérent est de 1 à 5 tranches de 10 000 \$, selon le nombre de tranches qu'il aura retenues, jusqu'à concurrence du montant qu'il détenait en vertu du régime du conjoint de l'adhérent le jour précédent sa retraite.

6.2.2 Réduction de la protection

Le montant d'assurance vie du conjoint est réduit à 10 000 \$ lorsque l'adhérent atteint 65 ans.

6.2.3 Protection en cas de décès de l'adhérent

Lors du décès de l'adhérent retraité, le conjoint peut participer à la présente garantie selon les mêmes dispositions que pour un adhérent retraité, mais basées sur l'âge du conjoint au lieu de l'âge de l'adhérent.

6.3 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.

6.4 Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou du conjoint assuré. Advenant le décès du conjoint d'un adhérent, 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.

6.5 Fin de l'assurance

6.5.1 Le régime facultatif d'assurance vie du retraité de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

6.5.1.1 La date de fin de contrat.

6.5.1.2 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.

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

6.5.2 Le régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité se termine à la première des dates suivantes :

6.5.2.1 La date à laquelle l'assurance de l'adhérent se termine pour une autre raison que le décès.

6.5.2.2 La date à laquelle le conjoint cesse d'être une personne à charge pour une autre raison que le décès.

6.5.2.3 La date de réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent ou du conjoint d'un adhérent décédé qui désire mettre fin à l'assurance en vertu de cette garantie ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

6.5.2.4 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.

ARTICLE 7 - RÉGIME OBLIGATOIRE UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation, par l'Assureur, de 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 défini à l'article 7.2, l'Assureur verse à cet adhérent une indemnité mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

7.1 Période de prestations

Le premier versement d'indemnité 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.

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

- 7.1.1 Le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.
- 7.1.2 La cessation de l'invalidité totale.
- 7.1.3 Le défaut de produire des preuves de la persistance de l'invalidité jugées satisfaisantes par l'Assureur.
- 7.1.4 Le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur.
- 7.1.5 Le décès de l'adhérent.
- 7.1.6 L'exercice d'une occupation rémunératrice par l'adhérent, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

7.2 Délai de carence

Signifie le nombre de jours inclus dans la banque de congés de maladie de l'adhérent, soit un minimum de 5 jours ouvrables, plus la première année au cours de laquelle le régime d'assurance traitement de l'employeur est payable.

7.3 **Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois**

Employés saisonniers

La rente mensuelle n'est payable qu'à l'égard des périodes d'emploi.

Le délai de carence et la période de prestations à l'égard de laquelle la rente est effectivement payée sont déterminés en tenant compte de la plus longue des périodes prévues ci-après :

- a) la période courante pour laquelle l'employé a effectivement été rappelé;
- b) la durée moyenne des 3 périodes les plus récentes, pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

Employés occasionnels

Pour les employés occasionnels engagés par contrat pour une durée d'un an ou plus, la banque de congés de maladie (minimum de 5 jours ouvrables) doit être épuisée avant la fin du contrat pour que la rente soit payable. La rente mensuelle est établie comme si l'employeur avait versé des prestations d'assurance traitement, et ce, même si celles-ci cessent à la fin prévue du contrat de travail de l'employé occasionnel.

7.4 **Montant de l'indemnité**

Au cours de la première année de versement de prestation par l'Assureur, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 87,5 % du traitement net de l'adhérent. Le traitement net utilisé aux fins du calcul est celui payable à la date d'épuisement des congés de maladie accumulés.

Pour les années subséquentes, le montant versé est de 87,5 % du traitement net utilisé pour le calcul des prestations de la première année.

Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées ci-après et il est déterminé en tenant compte des prestations payables en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur, que ces prestations soient payées ou non.

En aucun temps ce montant ne sera haussé, et ce, même si l'adhérent ne reçoit pas de prestations de l'employeur. Cette indemnité est réduite de la somme des montants initiaux, nets d'impôt, suivants :

- 7.4.1 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. 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.

En ce qui concerne le Régime de rentes du Québec, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster, s'il y a lieu, le montant initial de la rente d'invalidité (comprenant la rente de retraite pour invalidité) après que celle-ci a été établie par Retraite Québec.

De plus, 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.

- 7.4.2 Les prestations d'invalidité 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-emploi*, de la *Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement* ou de toute autre loi sociale 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 ait été refusée.

- 7.4.3 Les prestations, indemnités ou revenus reliés ou non à l'invalidité payables à l'adhérent et que tels montants proviennent :

7.4.3.1 Du régime d'assurance traitement de l'employeur;

7.4.3.2 D'un régime collectif d'assurance traitement.

7.4.3.3 Du Régime québécois d'assurance parentale.

7.4.3.4 De tout régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic dans la mesure où il s'agit d'une rente d'invalidité ou d'une rente de retraite payable sans réduction actuarielle, à l'exception d'une rente de retraite provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité.

L'Assureur ne peut obliger l'adhérent invalide à demander une rente de retraite, au moment où il y devient admissible, si celle-ci comporte une réduction actuarielle, que ce soit une rente de retraite payable en vertu du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada ou de tout autre régime collectif de retraite. Toutefois, dans le cas d'un adhérent invalide qui fait la demande d'une telle rente comportant une réduction actuarielle, le montant de l'indemnité payable en vertu de la présente garantie sera réduit du montant de la rente de retraite payée à l'adhérent.

a) Participation au régime de retraite

Lorsqu'un adhérent devient invalide, il maintient sa participation au régime de retraite auquel il est assujéti et doit verser les cotisations applicables jusqu'à la fin du délai de carence. À l'expiration de ce délai, l'adhérent sera exonéré du paiement des cotisations à son régime de retraite, sans perte de ses droits, pour une période maximale de trois (3) ans à compter de la date de début d'invalidité. Toutefois, l'exonération prend fin si l'adhérent retourne au travail, s'il décède ou s'il prend sa retraite au cours de cette période de 3 ans.

7.4.4 Au cours des 60 premiers mois d'invalidité, de tout revenu tiré d'un emploi sauf si cet emploi est touché par les dispositions des articles 7.8 et 7.9.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles 7.4.1, 7.4.2 et 7.4.3 et provenant de l'indexation au coût de la vie ne peut réduire le montant de l'indemnité payable en vertu de ce régime.

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

7.5 Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de l'indemnité effectivement versé à l'adhérent est indexé de 3 % au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour les adhérents invalides à compter du 1^{er} avril 2016, le montant de l'indemnité effectivement versé à l'adhérent est indexé au 1^{er} janvier de chaque année suivant l'indice des prix à la consommation (IPC), sans toutefois excéder 3 %.

7.6 **Changement dans le montant d'assurance**

Si le traitement d'un adhérent est modifié, le changement dans le montant d'assurance entre en vigueur le jour de la prise d'effet du changement de traitement, à condition que l'adhérent soit alors à son travail régulier ou, à défaut, lorsqu'il reprend son occupation régulière.

7.7 **Exclusions et réduction du régime**

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

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

- 7.7.1.1 En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une émeute ou à une insurrection réelle ou appréhendée, sauf lors de l'accomplissement de son travail régulier.
- 7.7.1.2 En raison d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée ou s'est fait infliger intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- 7.7.1.3 En raison d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, l'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme une maladie dans la mesure où l'adhérent, qui en est atteint, est traité médicalement en vue de sa réhabilitation selon les normes généralement reconnues. L'adhérent qui a reçu ainsi des traitements en vue de sa réhabilitation et qui demeure avec une incapacité physique ou mentale liée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie le rendant invalide, a droit aux prestations d'invalidité et à la condition qu'il continue, s'il y a lieu médicalement, ses traitements de réhabilitation.
- 7.7.1.4 En raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent.
- 7.7.1.5 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- 7.7.1.6 Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.
- 7.7.1.7 Au cours des 60 premiers mois d'invalidité, de tout revenu tiré d'un emploi sauf si cet emploi est touché par les dispositions des articles 7.8 et 7.9.

- 7.7.2 Pour toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins d'un médecin, d'un spécialiste en psychiatrie ou d'un autre professionnel de la santé tel que requis par sa condition, à moins que selon l'avis de l'Assureur, sa condition soit stabilisée et ne requiert plus de tels soins.

7.8 Réadaptation

- 7.8.1 L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite à l'article 7.8.2. 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.
- 7.8.2 La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 60 % de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation.
- 7.8.3 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.
- 7.8.4 De plus, le programme de réadaptation prévoit que, lors du retour progressif dans son emploi, l'Assureur verse une rente sur les jours non travaillés seulement.

7.9 Rétrogradation, réorientation professionnelle ou reclassement pour cause d'invalidité

Si un adhérent est rétrogradé selon les dispositions du règlement de travail concernant la rétrogradation, la réorientation professionnelle ou le reclassement, selon le cas, pour cause d'invalidité, le montant annuel de l'indemnité, indexé s'il y a lieu, est réduit de 60 % du salaire provenant de son emploi de rétrogradation, de réorientation professionnelle ou de reclassement, selon le cas, à compter de la date effective de la rétrogradation, de la réorientation professionnelle ou du reclassement pour cause d'invalidité.

Le montant annuel de l'indemnité initiale ainsi calculé est indexé de 3 % au 1^{er} janvier de chaque année et est payable tant que dure l'invalidité totale, sans toutefois dépasser l'âge de 65 ans.

Si l'adhérent reçoit des prestations d'assurance traitement de son employeur provenant de son travail de rétrogradation, de réorientation professionnelle ou de reclassement pour cause d'invalidité, le paiement de l'indemnité décrite précédemment n'est pas interrompu.

La somme de l'indemnité d'assurance traitement et de la rémunération nette de l'emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement ne peut cependant pas excéder 100 % du traitement net que l'adhérent recevait au moment du début de son invalidité.

7.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard à compter de la date d'épuisement des congés de maladie accumulés tant que dure l'invalidité totale, mais sans dépasser l'âge de 65 ans.

Cependant, si l'invalidité totale est reconnue par la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou par la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, l'exonération des primes débute à compter de la date du début de l'invalidité.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale, ni lors d'un retrait préventif.

7.11 Fin de l'assurance

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

- 7.11.1 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement général en application de la *Loi sur les assurances*.
- 7.11.2 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent termine son emploi. Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre ministère n'est pas considérée comme une cessation d'emploi.
- 7.11.3 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de l'article « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- 7.11.4 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent atteint l'âge de 64 ans.
- 7.11.5 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa préretraite totale.

- 7.11.6 Le premier jour de la période de paie suivant la date de signature du formulaire de droit de renonciation à l'assurance traitement.
- 7.11.7 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa retraite, sous réserve de l'article « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

8.1 Taux de prime

Veillez vous référer au *Sommaire des protections*.

8.2 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 courrier recommandé 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.

8.3 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 d'ajuster les taux de prime et les conditions de rétention pour les garanties concernées, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adoption ou de la modification de ladite loi ou dudit règlement ou dudit item, après entente avec le Preneur.

Entre-temps, le contrat continue de s'appliquer comme s'il n'y avait pas eu de changement jusqu'à ce qu'une entente intervienne entre le Preneur et l'Assureur.

8.4 Paiement des primes

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 employés 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 volume d'assurance (ou de traitement annuel) qui est applicable à l'adhérent au premier jour de ladite période.

8.5 **Délai de grâce**

L'Assureur accorde au Preneur ou à l'assuré, le cas échéant, un délai de 45 jours suivant la date de début de facturation. 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, 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 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

9.1 Non-paiement de la prime

À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce, l'Assureur se réserve le droit de résilier ce contrat à compter de la date d'échéance de la prime impayée.

9.2 Préavis

L'Assureur peut résilier ce contrat à toute date de renouvellement en donnant par courrier recommandé au Preneur du contrat un préavis d'au moins 180 jours. Le Preneur du contrat peut résilier ce contrat en tout temps en donnant par courrier recommandé à l'Assureur un préavis d'au moins 30 jours. À défaut de tel préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à chacune de ses échéances.

9.3 Pourcentage de participation minimum exigé

L'Assureur se réserve le droit de résilier un régime d'assurance en tout temps si le pourcentage de participation réel est inférieur au pourcentage de participation minimum décrit ci-dessous :

Régime facultatif d'assurance vie des adhérents : 45 %

Ce pourcentage est exprimé en fonction de la participation au régime obligatoire d'assurance maladie (en comptant les adhérents ainsi que les employés exemptés).

ARTICLE 10 - 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 d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à tous les assurés, qu'ils soient actifs, invalides ou retraités.

ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES

- 11.1 Tout préavis 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 préavis 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 agent 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.
- 11.2 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.
- 11.3 Comme condition préalable à l'octroi de prestations, l'Assureur peut exiger que l'adhérent le subroge dans ses droits contre l'auteur de dommages (accident ou maladie), et ce, jusqu'à concurrence du montant payable en vertu du présent contrat.
- 11.4 Pour les fins d'administration du présent contrat, tous les assurés sont présumés couverts par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu de la garantie d'assurance maladie sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que l'assuré en ait fait la demande ou non.
- 11.5 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, les faits véritables sont alors utilisés 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 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.
- 11.6 Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada, au siège social de l'Assureur.

- 11.7 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur pendant la durée du présent contrat, tout renseignement disponible que l'Assureur peut lui demander pour l'application du présent contrat, sous réserve de la *Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels*.
- 11.8 Le Preneur se doit de permettre à l'Assureur d'examiner ses feuilles de paies et autres dossiers du personnel qui pourraient avoir rapport à la participation au présent contrat d'employés et de personnes à charge admissibles, sous réserve de la *Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels*.
- 11.9 Les droits des assurés en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par un assuré, que ce soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat, ne liera l'Assureur.
- 11.10 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.
- 11.11 La nullité de l'une des clauses du présent contrat n'entraînera pas la nullité complète de tout le contrat et seulement cette clause sera présumée être sans effet entre les parties.
- 11.12 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.
- 11.13 Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le masculin que le féminin.
- 11.14 **Garantie d'assurance vie**
L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement survenu alors que le présent contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le présent contrat était en vigueur.

11.15 Garantie d'assurance maladie et garanties accessoires

L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée :

- a) sur le décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu alors que le présent contrat était en vigueur;
- b) sur une invalidité survenue ou une maladie contractée alors que le présent contrat était en vigueur;

11.16 Garanties d'assurance invalidité

L'échéance ou l'annulation d'une ou des garanties d'assurance invalidité prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur une invalidité totale survenue avant l'échéance ou l'annulation et l'Assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du présent contrat.

ARTICLE 12 - 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 le cahier des charges et les documents d'appel d'offre et sur tout document ou dépliant explicatif remis aux assurés.

ANNEXE – EMPLOYÉS IMPATRIÉS

FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT 008000

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Cette annexe doit s'interpréter en complémentarité avec les informations prévues au contrat, selon les régimes d'assurance retenus pour chaque classe d'employés admissibles et selon les régimes d'assurance choisis par l'employé impatrié.

L'Assureur accepte exceptionnellement de couvrir les employés impatriés désignés par le Preneur, et ce, aux conditions suivantes :

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à la présente annexe, en plus des autres définitions prévues au contrat.

- a) **Employé impatrié** : personne désignée par le Preneur, habitant au Canada, et dont le lieu de travail habituel se situe au Canada. Cette personne, bien qu'elle ne soit pas résidente du Canada et qu'elle ne soit pas admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence, satisfait cependant à la définition d'employé et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat.
 - b) **Personne à charge de l'employé impatrié** : conjoint ou enfant à charge d'un employé impatrié habitant au Canada. Cette personne, bien qu'elle ne soit pas résidente du Canada et qu'elle ne soit pas admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence, satisfait cependant à la définition de conjoint ou d'enfant à charge et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat.
- 2. L'employé impatrié et ses personnes à charge sont admissibles à tous les régimes d'assurance prévus au contrat pour la classe d'employés admissibles à laquelle appartient l'employé impatrié.
 - 3. Les dispositions applicables aux régimes auxquels l'employé impatrié et ses personnes à charge sont admissibles sont les mêmes que celles prévues au contrat, à moins d'indication contraire dans cette annexe.
 - 4. Les frais admissibles sont ceux prévus au contrat. Ainsi, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie de la province où habite l'employé impatrié ne sont pas admissibles. Par conséquent, les dispositions de coordination des prestations prévues aux termes du contrat s'appliquent.

Nonobstant ce qui précède, et pour la protection d'assurance voyage uniquement, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie de la province où habite l'employé impatrié sont admissibles. Toutes les autres dispositions de coordination des prestations relatives à l'assurance voyage prévues aux termes du contrat s'appliquent.

5. Aux fins d'application de la définition de « voyage » prévue dans le cadre des protections d'assurance voyage et annulation de voyage, il est entendu qu'un voyage débute à la date du départ de l'assuré du lieu où il habite au Canada et se termine à la date du retour de l'assuré à ce même lieu de résidence au Canada.
6. Pour la protection d'assurance voyage, le remboursement des frais admissibles est limité à un maximum global de 1 000 000 \$ viager, par assuré, et ce, peu importe l'âge de l'assuré couvert et le régime choisi par l'employé impatrié.
7. Aux fins d'application de la protection d'assurance voyage, et plus particulièrement des dispositions relatives au rapatriement de l'assuré et à la préparation et retour de la dépouille de l'assuré, les expressions « résidence », « lieu de résidence », « domicile » et « province de résidence » font référence au lieu de résidence permanente de l'employé impatrié à l'extérieur du Canada.

Toutefois, s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assureur, qu'une situation rend impossible le rapatriement de l'assuré ou de la dépouille de l'assuré au lieu de résidence permanente de l'employé impatrié, les expressions « résidence », « lieu de résidence », « domicile » et « province de résidence » peuvent alors faire référence au lieu où habite l'employé impatrié au Canada, le tout sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assisteur.

8. Aux fins d'application de la disposition relative au retour du véhicule prévue dans le cadre de la protection d'assurance voyage, l'expression « résidence » fait référence au lieu où habite l'employé impatrié au Canada.
9. En cas d'invalidité totale reconnue par l'Assureur et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, l'employé impatrié a l'obligation de communiquer avec l'Assureur afin de l'aviser de tout séjour à l'extérieur du Canada. En effet, aux fins d'application de l'exonération des primes ou de tout régime d'assurance traitement de longue durée, tout séjour à l'extérieur du Canada doit préalablement être approuvé par l'Assureur.
10. En cas d'invalidité totale reconnue par l'Assureur et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, l'employé impatrié est admissible à recevoir des prestations d'assurance traitement et à voir sa participation à tout régime soumis à l'exonération des primes maintenue sans paiement de primes. Cependant, le paiement des prestations et l'exonération des primes prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin du versement des prestations et de fin de l'exonération des primes prévues au contrat :
 - a) la date à laquelle l'employé impatrié atteint l'âge de 65 ans;
 - b) la date à laquelle l'employé impatrié effectue un séjour à l'extérieur du Canada qui n'a pas été préalablement approuvé par l'Assureur;
 - c) la date à laquelle l'employé impatrié effectue un séjour de plus de 4 semaines à l'extérieur du Canada;
 - d) la date à laquelle les dispositions de la présente annexe prennent fin;
 - e) la date à laquelle l'employé impatrié cesse d'habiter au Canada;

- f) la date à laquelle l'employé impatrié cesse de recevoir des soins médicaux au Canada pour l'invalidité en cause.
- 11. Les primes payables pour les régimes d'assurance sont les mêmes que celles qui sont prévues au contrat.
- 12. La protection de l'employé impatrié et de ses personnes à charge se termine à la date suivante, si cette date est antérieure aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat :
 - a) la date à laquelle l'employé impatrié atteint l'âge de 65 ans.
- 13. Les dispositions de la présente annexe prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat :
 - a) la date de fin du contrat de travail liant l'employé impatrié au Preneur;
 - b) la date à laquelle le Preneur met fin aux dispositions de la présente annexe.