



Police 15J60
Employés ayant choisi le régime intermédiaire
SEPB, SECTION LOCALE 571, CTC-FTQ
1er mai 2022

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**SYNDICAT DES EMPLOYEES ET EMPLOYES PROFESSIONNELS-LES ET DE
BUREAU, SECTION LOCALE 571, SEPB CTC-FTQ**

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles
en vigueur le 1er mai 2022 pour les adhérents suivants :**

Classe : Employés ayant choisi le régime intermédiaire

Groupe(s) : 15J61

(Numéro de police : 15J60)

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES.....	i
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	1
Règles de participation.....	5
Périodes d'application de l'assurance.....	8
Païement des prestations.....	14
Limitation des engagements contractuels.....	16
Changements d'assureur.....	16
Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	17
RÉGIME D'ASSURANCE VIE.....	22
Votre assurance vie.....	22
Votre assurance vie additionnelle.....	24
Assurance vie de votre conjoint.....	26
Assurance vie additionnelle de votre conjoint.....	28
Assurance vie de vos enfants à charge.....	30
RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT.....	32
Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident.....	32
RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE.....	38
Votre assurance additionnelle en cas de maladie grave.....	38
Assurance additionnelle de votre conjoint en cas de maladie grave.....	52
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE.....	73
Votre assurance salaire de longue durée.....	73
RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ.....	77
Assurance maladie.....	77
Médicaments (Assurance maladie).....	86
Hospitalisation (Assurance maladie).....	89
Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie).....	90
Professionnels de la santé (Assurance maladie).....	91
Autres frais médicaux (Assurance maladie).....	93
Soins et services d'aide à domicile (Assurance maladie).....	99
Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie).....	101
Assurance annulation de voyage (Assurance maladie).....	107

Assistance médicale (Assurance maladie).....	114
Assurance soins dentaires.....	117
Soins de base (Assurance soins dentaires).....	121

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1er mai 2022.

Numéro(s) et nom(s) de(s) groupe(s)	15J61 SEPB, SECTION LOCALE 571, CTC-FTQ
Classe	Employés ayant choisi le régime intermédiaire
Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les employés membres du preneur, ayant choisi le Régime Intermédiaire en assurance maladie.
Date d'admissibilité des nouveaux employés	Voir particularité.
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Après le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois suivants

Notes :

Admissibilité à l'assurance

Catégorie de personnes admissibles

Un employé occasionnel engagé pour un surcroît de travail, pour un projet spécifique ou à la suite de l'absence d'un employé pour une année ou plus est admissible à l'assurance. L'employé occasionnel réengagé à la suite d'une interruption de 60 jours ou moins est admissible à compter de la date de son réengagement. Toute personne retraitée qui est réembauchée par l'employeur n'est pas admissible au régime d'assurance salaire de longue durée.

Date d'admissibilité

L'employé est admissible aux régimes à compter de la date à laquelle il complète le délai d'admissibilité dans le cas d'un employé dont la semaine normale de travail est de plus de 25% du temps plein, soit après 1 mois de service actif et continu de travail ou à compter de toute autre date prévue à la convention collective ou à compter de la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel ou à compter de la date de nomination si l'acte de titularisation est antérieur à la nomination pour l'employé occupant un poste visé par les conditions de travail s'appliquant aux membres du Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec dont la semaine régulière de travail est de plus de 25% du temps plein et qui n'occupait pas antérieurement un poste visé par lesdites conditions de travail.

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales (suite)

Notes :

Exonération des primes (générale)

Date de début - Exonération des primes

Contrairement à ce qui est indiqué à la section "Exonération des primes en cas d'invalidité totale" des Dispositions Générales, la date de début de l'exonération des primes pour toutes les garanties pour lesquelles vous avez droit à l'exonération est le premier jour de la période de primes suivant le jour où vous commencez à recevoir des prestations en vertu de l'assurance traitement de votre employeur, tel que prévu à votre convention de travail.

Renseignements généraux

Règles de participation - Modules

À la date d'entrée en vigueur du régime modulaire, vous devez avoir effectué un choix de régime (Base, Intermédiaire ou Enrichi). Par la suite, une période minimale de 36 mois, qui tient compte des périodes d'exemption et des périodes d'absence du travail, doit s'écouler avant qu'un choix différent puisse être effectué. Si vous devenez admissible à l'assurance après la date d'entrée en vigueur du régime modulaire, le choix de régime doit s'effectuer dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité à l'assurance, sinon le régime Intermédiaire vous sera attribué et ce, jusqu'à la prochaine date de réadhésion. Si vous étiez absent du travail ou si vous étiez en invalidité totale à la date d'entrée en vigueur du régime modulaire, le régime Intermédiaire vous sera attribué, mais il sera possible de changer de régime dans les 31 jours suivant la date de votre retour au travail en présentant une demande écrite à SSQ.

Règles de participation - Modules (suite)

Aucun choix ne peut être effectué en dehors de la période de 90 jours précédant la date de renouvellement de la police d'assurance collective et la date d'entrée en vigueur de ce choix sera la date de renouvellement de la police. Nonobstant les règles de participation qui précèdent, vous pouvez changer de régime en présentant une demande écrite à SSQ, si l'un des événements suivants se produit: adoption ou naissance d'un premier enfant; votre dernier enfant n'est plus admissible; changement de votre statut marital; votre conjoint n'est plus admissible à un régime d'assurance collective; décès de votre conjoint. Ce nouveau choix de régime doit s'effectuer dans les 31 jours suivant la date de l'événement qui l'a rendu possible et devra être conservé pour une période minimale de 36 mois, à moins qu'un autre événement ne survienne qui permettrait un autre changement.

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales (suite)

Notes :

Règles de participation - Modules (suite)

Lors d'un changement de protection (individuelle, familiale, monoparentale ou couple) dans le même régime, la période de 36 mois en cours se poursuit. De plus, le passage d'un régime à l'autre ne peut se faire qu'à raison d'un palier à la fois (Base à Intermédiaire, Intermédiaire à Enrichi) et ce, qu'il s'agisse d'un changement à la hausse ou à la baisse.

Règles de participation - Soins dentaires

Contrairement à ce qui est indiqué à l'article « Obligation de participer », l'adhésion est facultative pour la garantie d'assurance soins dentaires. Le choix d'y adhérer ou non doit être fait lorsque vous devenez admissible à l'assurance, ou durant la période de 90 jours précédant la date de renouvellement de la police d'assurance collective. Dans ce dernier cas, la date d'entrée en vigueur de ce choix sera la date de renouvellement de la police. Une période minimale de 36 mois doit s'écouler avant que vous puissiez modifier votre choix de participer ou non à la garantie d'assurance soins dentaires. Toutefois, vous aurez la possibilité de faire un choix lors du prochain renouvellement de la police le 1er mai 2025, pour la première période d'implantation, et ce même si la période minimale de 36 mois est écoulée.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie

Votre assurance vie

Montant d'assurance pour les moins de 65 ans	100 % du salaire annuel, arrondi au 5 \$ le plus près du montant d'assurance
Maximum sans preuves	591 000 \$
Maximum	750 000 \$
Réduction du montant d'assurance	
à 65 ans	50 % de moins que le montant d'assurance pour les moins de 65 ans, minimum 1 000 \$ Date de réduction : le jour de votre anniversaire
Fin de l'assurance	À la retraite

Votre assurance vie additionnelle

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée Choix d'un montant par unités de 5 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 100
	Preuves d'assurabilité requises
Fin de l'assurance	Le jour de votre 90e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité

Assurance vie de votre conjoint

Montant d'assurance	6 000 \$
Fin de l'assurance	À la retraite

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie (suite)

Assurance vie additionnelle de votre conjoint

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée Choix d'un montant par unités de 5 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 30
	Preuves d'assurabilité requises
Fin de l'assurance	Le jour de votre 90e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité

Assurance vie de vos enfants à charge

Montant d'assurance	Enfants à charge de 24 heures ou plus : 6 000 \$
Fin de l'assurance	À la retraite

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Votre assurance en cas de mort ou de mutilation par accident

Montant d'assurance pour les moins de 65 ans	100 % du salaire annuel, arrondi au 5 \$ le plus près du montant d'assurance
Maximum sans preuves	591 000 \$
Maximum	750 000 \$
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	50 % de moins que le montant d'assurance pour les moins de 65 ans, minimum 1 000 \$ Date de réduction : le jour de votre anniversaire
Fin de l'assurance	À la retraite

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance en cas de maladie grave

Votre assurance additionnelle en cas de maladie grave

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée Choix d'un montant par unités de 5 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 50
Maximum sans preuves	30 000 \$
Fin de l'assurance	Le jour de votre 75e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité

Assurance additionnelle de votre conjoint en cas de maladie grave

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée Choix d'un montant par unités de 5 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 50
Fin de l'assurance	Le jour de votre 75e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire

Votre assurance salaire de longue durée

Prestations	90 % du salaire net mensuel payable au début de l'invalidité Maximum sans preuves : 8 600 \$ Maximum : 17 100 \$
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.
Délai de carence	
en cas d'accident :	182 jours
en cas d'hospitalisation :	182 jours
en cas de maladie :	182 jours
Utilisation des congés de maladie	Complète
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Voir « Dispositions générales » du présent Tableau des garanties
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Imposition des prestations	Non imposables
Fin du versement des prestations	Le jour de votre 65e anniversaire
Fin de l'assurance	Le jour de votre 65e anniversaire

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire

Votre assurance salaire de longue durée (suite)

Notes :

Délai de carence

Le délai de carence se termine à la plus tardive des dates suivantes: 182 jours après le début de votre invalidité totale ou le jour où vous avez épuisé votre banque de congés de maladie accumulés.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie

Franchise par année civile :

Individuel : 50 \$

Familial : 100 \$

Monoparental : 75 \$

Couple : 75 \$

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Médicaments			
Médicaments avec carte SSQ - mode de paiement direct *			80 % jusqu'au maximum annuel à déboursier conforme au RGAM; 100 % de l'excédent par certificat
Franchise par service : 8 \$			
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour		remboursement regroupé avec médicaments
Franchise par service : 8 \$			
Hospitalisation			
Chambre d'hôpital	Chambre semi-privée		100 %
Établissements pour soins spécialisés			
Maison de convalescence *	125 \$ admissibles par jour 30 jour(s) par invalidité par personne assurée	√	R3
Professionnels de la santé			
Audiologiste		√	R3
Dietétiste	55 \$ admissibles par consultation 500 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	R3
Ergothérapeute		√	R3
Orthophoniste		√	R3

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Podiatre	65 \$ admissibles par traitement 600 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	R3
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Acupuncteur; Homéopathie; Naturopathe 700 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Acupuncteur	50 \$ admissibles par traitement	√	R3
Homéopathie	50 \$ admissibles par consultation	√	R3
Naturopathe	50 \$ admissibles par consultation	√	R3
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Chiropraticien; Chiropraticien - Radiographies 500 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Chiropraticien	40 \$ admissibles par traitement	√	R3
Chiropraticien - Radiographies	40 \$ admissibles par radiographie	√	R3
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Ostéopathe; Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé 1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Ostéopathe	65 \$ admissibles par traitement	√	R3
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé	55 \$ admissibles par traitement	√	R3

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Psychanalyste; Psychiatre; Psychologue; Psychothérapeute; Travailleur social 1 200 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Psychanalyste	70 \$ admissibles par consultation	√	R3
Psychiatre	80 \$ admissibles par consultation	√	R3
Psychologue	70 \$ admissibles par consultation	√	R3
Psychothérapeute	60 \$ admissibles par consultation	√	R3
Travailleur social	70 \$ admissibles par consultation	√	R3
Autres frais médicaux			
Accessoires pour pompe à insuline *		√	R3
Ambulance		√	R3
Transport par avion ou par train *		√	R3
Appareil auditif	1 100 \$ admissibles pour 48 mois consécutifs par personne assurée	√	R3
Appareil d'assistance respiratoire *	10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	R3
Appareils orthopédiques *		√	R3
Appareils thérapeutiques *	15 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	R3
Articles pour stomie *		√	R3
Bas de contention *	3 paire(s) par année civile par personne assurée	√	R3

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Chaussures orthopédiques *		√	R3
Chaussures profondes *	100 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	R3
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident *	5 000 \$ de remboursement dans les 36 mois suivant l'accident par personne assurée	√	R3
Cure de désintoxication *	100 \$ admissibles par jour 1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	R3
Fauteuil roulant et marchette *		√	R3
Glucomètre *	300 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs par personne assurée	√	R3
Infirmier *	300 \$ admissibles par jour 10 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	R3
Lentilles intraoculaires *	1 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	R3
Lit d'hôpital *		√	R3
Neurostimulateur transcutané *	1 000 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs par personne assurée	√	R3
Orthèses plantaires *	1 paire(s) par année civile par personne assurée	√	R3
Pompe à insuline *	6 000 \$ de remboursement pour 60 mois consécutifs par personne assurée	√	R3
Prothèse capillaire *	300 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	R3
Prothèse externe et membre artificiel *		√	R3

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Prothèses mammaires *	1 000 \$ de remboursement pour 24 mois consécutifs par personne assurée	√	R3
Recommandation de soins médicaux hors province		√	R3
Soutiens-gorges postopératoires *	200 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	R3
Stérilets *			remboursement regroupé avec médicaments
Franchise par service : 8 \$			
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	Remboursement dans les 12 mois suivant l'accident par personne assurée	√	R3
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Analyses de laboratoire; Échographies; Electrocardiogrammes; Radiographies; Résonances magnétiques; Tomodensitométries 1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Analyses de laboratoire *		√	R3
Échographies *		√	R3
Electrocardiogrammes *		√	R3
Radiographies *		√	R3
Résonances magnétiques *		√	R3
Tomodensitométries *		√	R3
Soins à domicile			
Soins à domicile - Soins infirmiers *	60 \$ admissibles par jour	√	R3

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Soins à domicile - Services d'aide à domicile *	60 \$ admissibles par jour	√	R3
Soins à domicile - Frais de transport *	30 \$ admissibles par jour	√	R3
Soins à domicile - Frais de garde des enfants *	25 \$ admissibles par jour	√	R3
Voyage			
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par séjour par personne assurée		100 %
Assurance annulation de voyage	5 000 \$ de remboursement par séjour par personne assurée		100 %
Autres services			
Assistance médicale			100 %
Fin de l'assurance	À la retraite		

* Ordonnance médicale requise

Pourcentage de remboursement R3 : 65 % des premiers 3 350 \$ de frais admissibles; 100 % de l'excédent; par année civile par certificat

Notes :

Franchise

Les protections pour lesquelles un pourcentage de remboursement dit "R3" s'applique sont assujetties à la franchise par année civile suivante: Individuel: 50 \$; Familial: 100 \$; Monoparental: 75 \$; Couple: 75 \$.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie (suite)

Notes :

Thermographie

Les frais de thermographie sont admissibles à un remboursement en vertu de la protection radiographies.

Médicaments - Maximum annuel à déboursier

Lorsque le maximum annuel à déboursier prévu par le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour des médicaments, qu'ils soient couverts ou non par la RAMQ, sont remboursables à 100%. Seulement les frais engagés pour des médicaments, qu'ils soient couverts ou non par la RAMQ, participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier. Ce maximum annuel à déboursier s'applique par certificat.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance soins dentaires

Année de référence des tarifs suggérés maximums : l'année au cours de laquelle les services sont rendus

Mode de transmission des demandes de prestations : Électronique

Protection	Maximum de remboursement	Pourcentage de remboursement
Soins de base		
Diagnostic Prévention et appareil de maintien Restauration mineure Endodontie Parodontie Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible Réparation de pont fixe et de couronne Chirurgie buccale Services généraux complémentaires	1 500 \$ par année civile par personne assurée	80 %
Fréquence des examens de rappel	9 mois	

Notes :

Adhésion hors délai

Si l'adhésion d'une personne à la garantie d'assurance soins dentaires a lieu plus de 31 jours après la date à laquelle elle y est devenue admissible, le remboursement maximum par personne assurée est limité à 125 \$ pour la protection Soins de base. Cette limitation s'applique aux 12 premiers mois qui suivent l'adhésion à la garantie.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Afin de tenir compte de certaines caractéristiques de votre assurance collective, des notes peuvent se trouver au « Tableau des garanties ». Ces notes ont préséance sur les autres dispositions du régime pour ce qui est de toute divergence.

Accident

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

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada et y a effectivement son lieu de travail habituel.

Administrateur du régime

Personne désignée par le preneur comme responsable de l'administration du présent régime.

Conjoint

Se dit d'une personne qui réside au Canada, qui est couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne et :

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois ou avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

Employé

Se dit d'une personne travaillant pour l'employeur à titre d'employé régulier et faisant partie de l'une des classes d'employés admissibles mentionnées au contrat.

Employeur

Se dit de tout employeur dont au moins une classe d'employés est admissible à l'assurance du régime.

Enfant à charge

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et :

- être âgé de moins de 18 ans;
ou
- être âgé de 18 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; l'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada et être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

Hospitalisation

Admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

Invalidité totaleAu début de la période d'invalidité totale

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable de remplir les principales fonctions de votre emploi habituel.

À compter de la fin de la période de propre emploi indiquée au « Tableau des garanties »

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Invalidité totale résultant d'un accident

Invalidité totale résultant exclusivement d'un accident et débutant dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, tels que constatés par un médecin. Aux fins du contrat, le terme sert aussi à désigner les complications de grossesses, ainsi que les dons d'organes et leurs complications.

Médecin

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique. Aux fins de l'assurance en cas de maladie grave, la définition est différente et elle se trouve dans la description de toute garantie à laquelle elle s'applique.

Période de prime

Période à l'égard de laquelle une prime est payable, conformément à l'entente entre SSQ et le preneur.

Période d'invalidité totale

Période au cours de laquelle vous êtes totalement invalide et dont la durée initiale ne peut être plus courte que :

- a) la durée du délai de carence applicable prévu à votre garantie d'assurance salaire de courte durée, le cas échéant;
- b) 7 jours consécutifs dans les cas où votre régime ne comporte pas de garantie d'assurance salaire de courte durée.

Personne assurée

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

Récidive d'invalidité totale

Périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes et séparées par moins de 15 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été effectivement au travail ou avez été apte à y être. Se dit aussi de périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été de retour au travail.

Lorsqu'une période d'invalidité totale, telle que définie précédemment, excède 12 mois, une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que la période précédente est une récidive d'invalidité totale si les périodes sont séparées par moins de 30 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été de retour au travail selon un horaire quotidien minimal équivalant à celui que vous aviez avant votre invalidité ou avez été apte à l'être.

Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Salaire

Votre salaire régulier, à l'exclusion des bonis, paiements pour heures supplémentaires de travail, honoraires, primes de logement et de repas, montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, primes d'éloignement et paiements forfaitaires.

Salaire net

Votre salaire réduit des impôts fédéral et provincial et de vos cotisations au régime d'assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale, à votre régime d'assurance collective, à votre Association, au Régime de rentes du Québec et au régime de retraite de votre employeur. Les montants de ces cotisations sont ceux prévus et déterminés par ces différents régimes, tels que déclarés par votre employeur à SSQ. Ils seront pris en compte dans le calcul de votre salaire net, que vous cotisiez ou non à ces régimes.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

Totalement invalide

Se dit d'une personne répondant à la définition d'« invalidité totale » du contrat.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Règles de participation

1. Obligation de participer

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation obligatoire. Toutefois, un droit d'exemption de participation s'applique aux garanties du régime d'assurance soins de santé.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui est effectivement au travail et répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Les décès, les maladies graves et les invalidités totales résultant d'invalidités ayant débuté pendant que la personne était assurée à leur égard à titre d'adhérent en vertu d'un contrat antérieur d'assurance collective ne sont pas pris en charge par les contrats collectifs subséquents, sauf dans les cas prévus par les normes canadiennes, ou par la loi le cas échéant.

Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

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

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à l'intérieur des délais prévus au présent régime, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.

Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

4. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

- a) Tout montant d'assurance qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité. Dans les cas où il s'applique, ce montant est indiqué au « Tableau des garanties ».
- b) Tout montant d'assurance vie additionnelle.
- c) Toute assurance pour laquelle la demande d'adhésion est faite plus de 31 jours après la date à laquelle la personne y est devenue admissible, sauf pour la garantie d'assurance maladie.

Si vous présentez des preuves d'assurabilité pour votre conjoint ou vos enfants à charge, l'assurance ainsi obtenue n'est en vigueur que pour la personne pour qui les preuves ont été approuvées.

5. Droit d'exemption

Si vous êtes assuré par des garanties équivalentes d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation à l'assurance des garanties du régime d'assurance soins de santé en vous adressant à l'administrateur du régime. Vous devez aviser SSQ par écrit dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Cette dernière entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date. Si vous n'avez pas SSQ par écrit dans les 31 jours suivant la fin de votre droit d'exemption, vous devrez alors aussi fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes à SSQ à l'égard de l'assurance soins dentaires et la seule date possible d'entrée en vigueur de cette garantie sera alors la date d'acceptation de ces preuves par SSQ. Tant que toutes les primes n'ont pas été versées à SSQ, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés avant l'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du présent régime.

En cas de non-paiement rétroactif des primes, la seule date possible d'entrée en vigueur d'une garantie d'assurance maladie en vertu du présent régime est la date de réception de l'avis par SSQ.

6. Personne assurée de 65 ans ou plus qui réside au Québec

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser SSQ de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de conjoint d'une

personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance maladie du présent régime.

Périodes d'application de l'assurance

1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 0 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle vous y devenez admissible.

Sinon, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle SSQ reçoit votre demande; toutefois les garanties pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si SSQ reçoit la demande d'adhésion à l'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle ils y deviennent admissibles.

Sinon, elle entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle SSQ reçoit la demande; toutefois les garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Toute garantie en vertu de laquelle vos enfants à charge sont assurés s'applique à tout nouvel enfant à charge (dès 24 heures après la naissance de l'enfant, pour ce qui est des garanties d'assurance vie).

L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Augmentation d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Si vous êtes effectivement au travail ou si vous êtes en période d'interruption temporaire de travail et avez maintenu votre participation à l'assurance, toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à

SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ approuve ces preuves, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

Nonobstant ce qui précède, toute modification à la hausse du type de protection détenu en vertu de la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date de réception de la demande.

3.2 Assurance non modifiable

Pendant une période où un adhérent est retraité ou totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

Aucune exonération ne peut s'appliquer aux primes des personnes qui n'étaient pas déjà assurées si une modification à la hausse du statut de protection doit survenir après la date de la retraite ou le début d'une période d'invalidité totale.

3.3 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

4. Interruption temporaire de travail

Participation à l'assurance pendant une interruption temporaire de travail

Après entente du preneur avec SSQ, la participation à l'assurance peut être maintenue dans certains cas d'interruption temporaire de travail, conformément à ce qui est indiqué ci-après. Sous réserve des dispositions de la loi concernant les durées minimales de maintien ou d'offre de maintien de participation à l'assurance, la possibilité de maintenir la participation à l'assurance et la durée de ce maintien sont déterminées par le preneur, compte tenu aussi des règles décrites ci-après.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période de mise à pied temporaire

La participation à l'assurance peut être maintenue pendant toute période de mise à pied temporaire.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire

La participation à l'assurance peut être maintenue pendant toute période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire.

Durées minimales de maintien de participation

Pour certaines interruptions de travail, la loi impose au preneur d'offrir des durées minimales de maintien de participation à l'assurance. Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail doit s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation et pendant combien de temps.

Information à fournir à SSQ

L'administrateur du régime doit fournir à SSQ l'information suivante dans les 31 jours suivant la date de votre interruption temporaire de travail :

- la date à laquelle vous avez cessé de travailler;
- aussitôt qu'elle est connue, la date prévue de votre retour effectif au travail;
- le choix qui a été fait de demander ou non le maintien de participation à l'assurance pendant la période d'interruption de travail et une indication à l'effet que la demande de maintien s'applique ou non à l'assurance salaire, dans les cas où les deux choix sont possibles.

Qu'il y ait eu ou non maintien de participation à l'assurance, SSQ doit être avisée sans délai de la date à laquelle vous êtes effectivement retourné au travail ou avez été rappelé au travail.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période d'interruption temporaire de travail

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période d'interruption temporaire de travail au cours de laquelle vous avez continué de participer à l'assurance :

- l'invalidité totale ne pourra être considérée que si elle persiste jusqu'à la date à laquelle, tel que confirmé à SSQ par l'administrateur du régime, vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide;
- le délai de carence débute à la date à laquelle vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide.

Suspension d'assurance

Si l'administrateur du régime n'avise pas SSQ avant l'expiration des 31 jours accordés pour ce faire, votre participation à l'assurance est suspendue à l'égard de toute votre période d'interruption de travail. Sous réserve des dispositions de la loi, si votre interruption de travail a duré plus de 12 mois et a donné lieu à une suspension d'assurance, vous ne pouvez

recommencer à participer à l'assurance qu'après votre retour au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles et seulement après avoir complété de nouveau toute période d'emploi prévue aux conditions d'admission. Si l'interruption de travail qui a donné lieu à une suspension d'assurance a duré 12 mois ou moins, vous pouvez recommencer à participer à l'assurance dès que vous retournez au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles.

Interprétation

Malgré ce qui est prévu au présent article, le maintien de la participation à l'assurance ne peut en aucun cas avoir préséance sur les dates de fin d'assurance prévues ailleurs au contrat. De plus, SSQ a le droit d'invoquer en tout temps ce qui suit :

- a) le caractère obligatoire de la participation à l'assurance de certaines garanties;
- b) pour toute personne qui a le choix de maintenir ou non sa participation à une garantie facultative et qui ne le fait pas, l'obligation de fournir de nouvelles preuves d'assurabilité pour redevenir assurée en vertu de cette garantie et la possibilité qu'elles soient refusées.

5. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors assurés, leur participation à l'assurance est maintenue sans paiement de primes à l'égard des régimes d'assurance vie et soins de santé, jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin d'une période de 6 mois suivant immédiatement votre décès;
- la date à laquelle leur participation à l'assurance aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé;
- la date à laquelle ils deviennent admissibles à un autre contrat comportant une garantie similaire;
- la date de la fin du contrat.

Pour toute garantie comportant un droit de transformation, ce droit s'applique à la fin de l'assurance ainsi prolongée, aux conditions alors applicables.

6. Fin de l'assurance

Pour vous-même

Votre assurance prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) le jour où votre participation à l'assurance est suspendue par suite d'une interruption temporaire de travail de plus de 12 mois;

- d) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- e) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;
- f) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- g) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de l'article intitulé « Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

7. Prestations d'assurance maladie après la fin de l'assurance

Si vous êtes totalement invalide à la date de la fin de votre assurance, des frais admissibles d'assurance maladie peuvent demeurer remboursables en vertu du régime, aux conditions suivantes :

- a) les frais doivent être engagés pendant les 3 mois qui suivent la fin de votre assurance, et ce pendant que la garantie d'assurance maladie est en vigueur;
- b) les frais doivent être engagés par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé votre invalidité totale et des frais admissibles doivent avoir été engagés avant la fin de l'assurance, par suite de cette maladie ou de cet accident;
- c) votre invalidité totale doit s'être poursuivie sans interruption.

Si votre conjoint ou votre enfant à charge est hospitalisé et que son assurance prenne alors fin en raison de la fin de votre assurance, des frais admissibles peuvent demeurer remboursables en vertu de votre garantie d'assurance maladie, aux conditions suivantes :

- a) les frais doivent être engagés pendant les 3 mois qui suivent la fin de votre assurance, et ce pendant que la garantie d'assurance maladie est en vigueur;
- b) les frais doivent être engagés par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation et des frais admissibles doivent avoir été engagés avant la fin de l'assurance, par suite de cette maladie ou de cet accident;

- c) l'hospitalisation doit s'être poursuivie sans interruption.

Paiement des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

3. Délai de prescription

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances applicable, ou, au Québec, dans le délai prévu par le Code civil du Québec.

4. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements qu'elle juge suffisants pour lui permettre d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

6. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

7. Désignations et révocations de bénéficiaires

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation de décès payable en vertu de votre assurance collective.

Les désignations de bénéficiaires qui se sont appliquées à un contrat antérieur auprès d'un autre assureur n'ont aucune valeur pour les fins du présent contrat. Par conséquent, en l'absence d'une nouvelle désignation de bénéficiaire valide destinée à s'appliquer au contrat de SSQ, le bénéficiaire de votre assurance collective est votre succession.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui ne fait pas partie du Régime de soins de santé n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent toutefois à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garant d'une récurrence de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie, et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

Si vous devenez totalement invalide pendant que votre assurance est en vigueur en vertu du contrat, votre participation à l'assurance des garanties énumérées ci-après sera maintenue sans paiement de primes, et ce à compter de la date de début d'exonération prévue au présent régime.

- Votre assurance vie
- Votre assurance vie additionnelle
- L'assurance vie de votre conjoint
- L'assurance vie additionnelle de votre conjoint
- L'assurance vie de vos enfants à charge
- Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident
- Votre assurance additionnelle en cas de maladie grave
- L'assurance additionnelle de votre conjoint en cas de maladie grave
- Votre assurance salaire de longue durée
- L'assurance maladie
- L'assurance soins dentaires

Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :

- a) votre invalidité totale doit débuter pendant que vous êtes assuré par le contrat;
- b) vous devez être sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale stationnaire attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;
- c) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide.

2. Début et fin d'exonération des primes par garantie

Les dates de début et de fin d'exonération des primes par garantie sont indiquées ci-après.

2.1 Votre assurance vie

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans

- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.2 Votre assurance vie additionnelle

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.3 L'assurance vie de votre conjoint

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.4 L'assurance vie additionnelle de votre conjoint

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.5 L'assurance vie de vos enfants à charge

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.6 Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.7 Votre assurance additionnelle en cas de maladie grave

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.8 L'assurance additionnelle de votre conjoint en cas de maladie grave

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.9 Votre assurance salaire de longue durée

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.10 L'assurance maladie

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date de fin de la garantie
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.11 L'assurance soins dentaires

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 5 jours d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date de fin de la garantie
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3. Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties

En plus de ne pouvoir se poursuivre après les dates indiquées précédemment, l'exonération des primes prend automatiquement fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- b) la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;

- c) la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- d) la date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- e) la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite.

4. Demande d'exonération des primes

En l'absence de demande de prestations d'assurance salaire, toute demande d'exonération des primes doit se faire par écrit transmis à SSQ. Autrement, le formulaire de demande de prestations d'assurance salaire sert de demande d'exonération des primes. Dans un cas comme dans l'autre, SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent dans tous les cas être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'exonération des primes. Si ce délai n'est pas respecté, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter la demande et les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d'exonération.

À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l'interruption de l'exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire votre demande d'exonération ou de révision à l'intérieur du délai prévu, votre droit à l'exonération ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande d'exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d'interruption d'exonération, aucune période d'exonération ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou d'interruption.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Votre assurance vie

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Paiement anticipé

Si vous êtes totalement invalide et que votre espérance de vie soit inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut vous être versée. Si votre demande de prestations est présentée dans les 24 mois précédant la date de réduction du montant d'assurance inscrite au « Tableau des garanties », le paiement anticipé ne peut être supérieur à 50 % du montant obtenu après application de la réduction; si votre demande est présentée dans les 24 mois précédant la date prévue de la fin de l'assurance, vous ne pouvez pas obtenir de paiement anticipé. Dans tous les cas, votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;
- b) vous devez être exonéré du paiement de vos primes d'assurance vie;
- c) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;
- d) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable à votre décès est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon le taux de rendement moyen des Bons du

trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable à votre décès.

5. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe.

Si votre départ du groupe se produit le jour de votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que vous détenez, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si vous décédez au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Votre assurance vie additionnelle

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payée.

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide, lorsqu'elle est couverte depuis moins de 12 mois par la présente garantie, sans égard à son état d'esprit.

La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance à compter de la date d'entrée en vigueur de l'augmentation.

5. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe.

Si votre départ du groupe se produit le jour de votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que vous détenez, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si vous décédez au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie de votre conjoint

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant de cette assurance si votre conjoint décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Ce droit s'applique seulement aux personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65^e anniversaire de naissance et pourvu aussi que votre départ du groupe se produise au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie additionnelle de votre conjoint

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant de cette assurance si votre conjoint décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payée.

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si votre conjoint se suicide, lorsqu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la présente garantie, sans égard à son état d'esprit.

La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'augmentation.

5. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Ce droit s'applique seulement aux personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65e anniversaire de naissance et pourvu aussi que votre départ du groupe se produise au plus tard le jour de votre 65e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie de vos enfants à charge

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si l'un de vos enfants à charge décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre d'enfant à charge prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Ce droit s'applique seulement si votre départ du groupe se produit au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de vos garanties d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsque vous êtes couvert par la présente garantie, vous subissez un accident causant l'une des pertes prévues au « Tableau des pertes » ci-après.

La perte doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie en cas d'accident est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « Tableau des pertes ». Toutefois, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident. Les prestations supplémentaires prévues à la présente garantie n'entrent cependant pas dans l'application de ce maximum.

En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu des garanties d'assurance vie et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Les pertes suivantes peuvent donner droit à un montant de prestations, selon le pourcentage du montant d'assurance applicable à chacune :

• Perte de la vie	100 %
• Perte des 2 mains ou des 2 pieds ou des 2 yeux	100 %
• Perte d'une main et d'un pied	100 %
• Perte d'une main et d'un oeil ou un pied et un oeil	100 %
• Perte de la parole et l'ouïe des 2 oreilles	100 %
• Perte de tous les orteils d'un pied	100 %
• Perte d'une jambe ou d'un bras	75 %
• Perte de la parole ou de l'ouïe des 2 oreilles	66,67 %
• Perte d'une main ou d'un pied ou d'un oeil	50 %
• Perte du pouce et de l'index d'une main	33,33 %
• Perte de l'ouïe d'une oreille	33,33 %

5. Prestations supplémentaires

5.1 Réadaptation

Si vous subissez une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires de réadaptation. Le montant maximal de ces prestations est de 10 000 \$ par accident. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses relatives à un

programme de réadaptation approuvé par SSQ. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) la perte doit vous rendre incapable d'accomplir les fonctions principales de votre emploi;
- b) la perte doit vous forcer à entreprendre une formation afin de pouvoir exercer un emploi différent;
- c) les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

5.2 Formation professionnelle du conjoint

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint peut avoir droit à des prestations supplémentaires de formation professionnelle. Le montant maximum de ces prestations est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle reconnu par les autorités gouvernementales compétentes et approuvé par SSQ. Le programme doit permettre à votre conjoint d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu occuper autrement.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date du décès et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

5.3 Scolarité du conjoint et des enfants

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint et vos enfants peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires de scolarité. Le montant maximum des prestations supplémentaires de scolarité est de 5 000 \$ par année scolaire pour l'ensemble des dépenses engagées par votre conjoint et vos enfants et elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les frais de scolarité annuels et de manuels scolaires leur permettant de poursuivre leurs études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) au moment de votre décès, la personne doit être inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire; si elle est inscrite au niveau secondaire au moment de votre décès, elle doit s'inscrire comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent votre décès;
- b) une preuve attestant du statut d'étudiant à temps plein de la personne doit être fournie à SSQ au début de chaque année scolaire.

5.4 Transport et hébergement des membres de la famille lors de votre hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé en raison d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour le transport et l'hébergement de membres de votre famille. Le montant maximum

des prestations supplémentaires pour transport et hébergement est de 10 000 \$ pour l'ensemble des membres de votre famille. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de votre famille pour vous visiter pendant votre hospitalisation. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le transport doit être effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- b) l'hôpital doit être situé à au moins 150 km de votre résidence;
- c) vous devez être sous les soins d'un médecin;
- d) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

5.5 Rapatriement du défunt

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que votre décès survienne lorsque vous êtes à plus de 50 km de votre lieu de résidence, les personnes ayant engagé les dépenses décrites ci-après peuvent avoir droit à un remboursement. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Il doit être demandé à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées pour ce qui suit :

- a) la préparation de votre corps en vue de son transport;
- b) le transport de votre corps vers son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de votre lieu de résidence;
- c) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

5.6 Transformation de votre domicile et de votre véhicule

Si vous devez utiliser un fauteuil roulant de façon permanente par suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour transformation de votre domicile et de votre véhicule. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir :

- a) le coût des transformations de votre résidence principale pour qu'elle soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) le coût des transformations de votre automobile afin qu'elle soit accessible en fauteuil roulant et que vous puissiez la conduire vous-même.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Les transformations de votre domicile ou de votre automobile doivent être effectuées par des personnes expérimentées en la matière. Ces personnes doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants. Dans le cas de votre automobile, les modifications doivent avoir été approuvées par les autorités provinciales compétentes.

5.7 Accident impliquant un véhicule à moteur

Si vous subissez une perte en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et qui est survenu lorsque vous conduisiez ou occupiez un véhicule à moteur, des prestations supplémentaires équivalant à 10 % du montant de prestation prévu au « Tableau des pertes » de la présente garantie peuvent vous être versées. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le conducteur devait conduire prudemment au moment de l'accident;
- b) votre ceinture de sécurité devait être bouclée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule devait être en règle au moment de l'accident.

5.8 Garderie

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que vos enfants fréquentent alors une garderie ou un service de garde en milieu scolaire ou qu'ils y sont inscrits dans les 365 jours suivant votre décès, les personnes qui engagent les frais d'inscription s'y rapportant peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires. Les frais d'inscription doivent être appuyés de reçus pour frais de garde et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Ces prestations supplémentaires sont limitées à 5 000 \$ par enfant par année civile. Elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives et seulement à l'égard d'enfants de moins de 13 ans. SSQ rembourse ces frais en tenant compte des montants inscrits aux reçus pour frais de garde.

6. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;
- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte (ou de l'événement accidentel ouvrant droit à des prestations supplémentaires) et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Votre assurance additionnelle en cas de maladie grave

1. Définitions générales de l'assurance en cas de maladie grave

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet. De plus, les définitions des maladies graves couvertes se trouvent à l'article 5 de la présente garantie.

Antécédents médicaux

- présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne, qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- maladie ou état pour lesquels la personne, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

Chirurgie ou Intervention chirurgicale

Toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que vous subissez sur recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada ou aux États-Unis.

Diagnostic

Identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la garantie. Cette identification doit être faite par un spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

Irréversible

Votre état lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du diagnostic. Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais que, selon l'avis de votre médecin, cela imposerait pour votre santé un risque qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, votre état serait alors également considéré comme irréversible aux fins de la présente définition.

Maladie grave

L'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que vous êtes assuré par la présente assurance, entraîne une intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance selon ce qui est

indiqué aux articles 4 et 5 de la présente garantie. Pour que cette intervention ou maladie grave soit couverte par la présente garantie, un spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée à l'article 5. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, un spécialiste doit en avoir confirmé la nécessité médicale.

Médecin

Personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le médecin ne peut pas résider habituellement avec vous. Le médecin ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu de votre régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

Période de survie

Les 14 jours suivant la date du diagnostic ou les 14 jours suivant la date d'une chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la garantie. La période de survie ne comprend pas les jours passés en maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. Vous devez être vivant à la fin de la période de survie et vous devez ne pas avoir subi la cessation irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, 90 jours pour la paralysie, la période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

Le *maintien artificiel des fonctions vitales* est le fait pour la personne assurée d'être sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et d'être maintenue en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Spécialiste

Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Si aucun spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de SSQ, une maladie grave peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le spécialiste ne peut pas résider habituellement avec vous. Le spécialiste ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu de votre régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance indiqué au « Tableau des garanties », si vous souffrez d'une des maladies graves couvertes par la présente garantie ou si vous avez subi une chirurgie couverte par celle-ci et que la maladie couverte par l'assurance soit diagnostiquée pour la première fois de façon non équivoque et définitive lorsque vous êtes couvert par la présente garantie, et pourvu aussi que la période de survie nécessaire soit complétée.

SSQ reconnaît seulement le diagnostic établi par un spécialiste et confirmant que la maladie ou la chirurgie répond aux critères énoncés dans la description de la présente garantie.

Pour être admissible à des prestations, vous devez répondre à toutes les conditions, exclusions, limitations et restrictions énoncées aux présentes, y compris aux dispositions de l'article « Conditions de réadmission ». Vous devez aussi avoir complété la période de survie prévue par la garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Liste des maladies graves couvertes par l'assurance

Les conditions médicales et chirurgies pouvant être considérées comme des maladies graves aux fins de la présente assurance sont les suivantes :

1. Accident vasculaire cérébral
2. Brûlures graves
3. Cancer (mettant la vie en danger)
4. Cardiomyopathie dilatée
5. Cécité
6. Chirurgie de l'aorte
7. Coma
8. Crise cardiaque
9. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
10. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
11. Dystrophie musculaire
12. Greffe d'un organe vital
13. Hépatite virale fulminante
14. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
15. Infection au VIH dans le cadre du travail
16. Insuffisance rénale
17. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
18. Maladie du motoneurone
19. Paralysie
20. Perte de l'usage de la parole
21. Pontage aortocoronarien
22. Sclérose en plaques
23. Surdité

24. Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans la présente garantie et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

5. Définitions des maladies graves couvertes

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication *Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia*, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 : 219, 1975).

Cardiomyopathie dilatée

Condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme « aorte » désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour que vous puissiez avoir droit à une prestation pour cette maladie grave, vous devez être inscrit comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la période de survie, la date

d'établissement du diagnostic est réputée être la date de votre inscription à un tel centre de greffe.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire.

Greffe d'un organe vital

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le diagnostic d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, vous devez subir une intervention chirurgicale pour vous faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

Hépatite virale fulminante

Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

Infection au VIH dans le cadre du travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à SSQ dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; vous devez survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;

- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson désigne le diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;

- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

Maladie du motoneurone

Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;

- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

6. Garantie prestations multiples

Si vous êtes atteint d'une maladie grave couverte pour laquelle le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties » a été versé et que vous receviez par la suite le diagnostic d'une autre maladie grave couverte, SSQ versera le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties », sous réserve des dispositions de l'article « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la garantie prestations multiples, le subséquent diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le diagnostic de l'autre maladie grave couverte.

7. Conditions de réadmission

Si une prestation vous a déjà été versée pour une maladie grave couverte, votre assurance est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'Annexe des exclusions de réadmission de SSQ.

8. Exclusions, limitations et restrictions

- 1) **Cette garantie ne couvre pas les conditions médicales qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes ou situations suivantes :**
 - a) un acte criminel que la personne assurée commet ou tente de commettre;
 - b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - c) la participation active de la personne assurée à une guerre, déclarée ou non;
 - d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - e) l'usage d'alcool ou de drogue par la personne assurée;
 - f) un accident ou un traumatisme que subit la personne assurée par suite de :
 - sa conduite d'un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale prévue; ou
 - sa participation à des sports extrêmes; ou
 - un accident d'aéronef se produisant lorsqu'elle agit comme membre de l'équipage ou exerce une fonction relative au vol;
 - g) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
 - h) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
 - i) une condition médicale diagnostiquée lorsque la personne n'est pas couverte par la présente garantie;
 - j) une condition médicale pour laquelle les limites relatives à la période de survie ne sont pas respectées;
 - k) la personne assurée a un cancer qui se manifeste avant la date d'entrée en vigueur de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date d'entrée en vigueur;
 - l) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de cancer ou présente des symptômes de cancer ou subit des investigations menant au diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic;
 - m) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou présente des symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subit des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic.
- 2) **Antécédents médicaux** - Si, dans les 24 mois précédant l'entrée en vigueur de son assurance en cas de maladie grave, la personne assurée a consulté un médecin

relativement aux symptômes d'une condition médicale, ou si elle a alors été examinée ou traitée par un professionnel de la santé à cet égard, des prestations peuvent être payables pour cette condition médicale seulement si le premier diagnostic non équivoque et définitif, tel que requis, est établi après plus de 24 mois consécutifs d'assurance en cas de maladie grave.

Cette exclusion pour antécédents médicaux s'applique seulement aux portions du montant d'assurance qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Si l'assurance en cas de maladie grave remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, la personne assurée qui a satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputée avoir satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement pour les maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour antécédents médicaux que la personne assurée a satisfaite dans l'ancien contrat sert à réduire la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie dont la couverture est obtenue sans preuves d'assurabilité seront assujettis à l'exclusion pour antécédents médicaux.

9. Lieu du diagnostic

Si vous présentez une demande de règlement pour une maladie grave pour laquelle le diagnostic a été posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou qui s'est manifestée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, vous pourrez avoir droit à la prestation prévue par la présente garantie au moment de votre retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, SSQ dispose néanmoins du droit de demander à la personne assurée de passer un nouvel examen médical venant confirmer le diagnostic de maladie grave à son retour au Canada.

10. Droit de transformation

Si vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans au moment où votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- a) vous cessez d'être un employé actif du preneur en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la garantie; ou

- c) la période de toute prolongation de participation à l'assurance en cas de maladie grave prévue aux Dispositions générales prend fin;

vous pouvez remettre une demande écrite à SSQ dans les 31 jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave. Sur réception de cette demande, SSQ émettra à votre nom une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise couvrira 4 maladies graves : accident vasculaire cérébral; cancer (mettant la vie en danger); chirurgie coronarienne; crise cardiaque.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la garantie est déjà résiliée au moment de la demande. Une personne qui a déjà reçu un montant de prestation en vertu de la présente garantie ne peut toutefois pas obtenir la transformation de son assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant d'assurance en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou
- b) un total de 100 000 \$ pour toutes les transformations demandées pour une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est calculée selon le tarif établi par l'assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

11. Demandes de prestations

La demande de prestations et les pièces justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie. Autrement, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit s'effectuer à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut toutefois exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance additionnelle de votre conjoint en cas de maladie grave

1. Définitions générales de l'assurance en cas de maladie grave

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet. De plus, les définitions des maladies graves couvertes se trouvent à l'article 5 de la présente garantie.

Antécédents médicaux

- présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne, qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- maladie ou état pour lesquels la personne, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

Chirurgie ou Intervention chirurgicale

Toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que subit votre conjoint sur recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada ou aux États-Unis.

Diagnostic

Identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la garantie. Cette identification doit être faite par un spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

Irréversible

État de votre conjoint assuré lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du diagnostic. Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais que, selon l'avis du médecin, cela imposerait pour la santé de votre conjoint un risque qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état de votre conjoint serait alors également considéré comme irréversible aux fins de la présente définition.

Maladie grave

L'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que votre conjoint est assuré par la présente assurance, entraîne une intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance selon ce qui est indiqué aux articles 4 et 5 de la présente garantie. Pour que cette intervention ou maladie

grave soit couverte par la présente garantie, un spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée à l'article 5. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, un spécialiste doit en avoir confirmé la nécessité médicale.

Médecin

Personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le médecin ne peut pas résider habituellement avec la personne assurée. Le médecin ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu du présent régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

Période de survie

Les 14 jours suivant la date du diagnostic ou les 14 jours suivant la date d'une chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la garantie. La période de survie ne comprend pas les jours passés en maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. Votre conjoint assuré doit être vivant à la fin de la période de survie et il doit ne pas avoir subi la cessation irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, 90 jours pour la paralysie, la période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

Le *maintien artificiel des fonctions vitales* est le fait pour la personne assurée d'être sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et d'être maintenue en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Spécialiste

Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Si aucun spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de SSQ, une maladie grave peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le spécialiste ne peut pas résider habituellement avec votre conjoint assuré. Le spécialiste ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu du présent régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance indiqué au « Tableau des garanties », si votre conjoint assuré souffre d'une des maladies graves couvertes par la présente garantie ou s'il a subi une chirurgie couverte par celle-ci et que la maladie couverte par l'assurance soit diagnostiquée pour la première fois de façon non équivoque et définitive lorsque votre conjoint est couvert par la présente garantie, et pourvu aussi que la période de survie nécessaire soit complétée.

SSQ reconnaît seulement le diagnostic établi par un spécialiste et confirmant que la maladie ou la chirurgie répond aux critères énoncés dans la description de la présente garantie.

Pour être admissible à des prestations, votre conjoint doit répondre à toutes les conditions, exclusions, limitations et restrictions énoncées aux présentes, y compris aux dispositions de l'article « Conditions de réadmission ». Il doit aussi avoir complété la période de survie prévue par la garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Liste des maladies graves couvertes par l'assurance

Les conditions médicales et chirurgies pouvant être considérées comme des maladies graves aux fins de la présente assurance sont les suivantes :

1. Accident vasculaire cérébral
2. Brûlures graves
3. Cancer (mettant la vie en danger)
4. Cardiomyopathie dilatée
5. Cécité
6. Chirurgie de l'aorte
7. Coma
8. Crise cardiaque
9. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
10. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
11. Dystrophie musculaire
12. Greffe d'un organe vital
13. Hépatite virale fulminante
14. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
15. Infection au VIH dans le cadre du travail
16. Insuffisance rénale
17. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
18. Maladie du motoneurone
19. Paralysie
20. Perte de l'usage de la parole
21. Pontage aortocoronarien
22. Sclérose en plaques
23. Surdité

24. Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans la présente garantie et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

5. Définitions des maladies graves couvertes

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de votre conjoint est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- votre conjoint a présenté des symptômes ou il s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- votre conjoint a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication *Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia*, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 : 219, 1975).

Cardiomyopathie dilatée

Condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme « aorte » désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour que vous puissiez avoir droit à une prestation pour cette maladie grave de votre conjoint, celui-ci doit être inscrit comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est réputée être la date de l'inscription de votre conjoint à un tel centre de greffe.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire.

Grefe d'un organe vital

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le diagnostic d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, votre conjoint doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

Hépatite virale fulminante

Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

Infection au VIH dans le cadre du travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à SSQ dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;

- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; votre conjoint assuré doit survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson désigne le diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de votre conjoint est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- votre conjoint a présenté des symptômes ou il s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- votre conjoint a fait l'objet d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

Maladie du motoneurone

Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de votre conjoint est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- votre conjoint a présenté des symptômes ou il s'est soumis à des investigations menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- votre conjoint a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

6. Garantie prestations multiples

Si votre conjoint est atteint d'une maladie grave couverte pour laquelle le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties » a été versé et qu'il reçoive par la suite le diagnostic d'une autre maladie grave couverte, SSQ versera le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties », sous réserve des dispositions de l'article « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la garantie prestations multiples, le subséquent diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le diagnostic de l'autre maladie grave couverte.

7. Conditions de réadmission

Si une prestation vous a déjà été versée pour une maladie grave couverte par l'assurance de votre conjoint en cas de maladie grave, celle-ci est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'Annexe des exclusions de réadmission de SSQ.

8. Exclusions, limitations et restrictions

- 1) **Cette garantie ne couvre pas les conditions médicales qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes ou situations suivantes :**
 - a) un acte criminel que la personne assurée commet ou tente de commettre;
 - b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - c) la participation active de la personne assurée à une guerre, déclarée ou non;
 - d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - e) l'usage d'alcool ou de drogue par la personne assurée;
 - f) un accident ou un traumatisme que subit la personne assurée par suite de :
 - sa conduite d'un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale prévue; ou
 - sa participation à des sports extrêmes; ou
 - un accident d'aéronef se produisant lorsqu'elle agit comme membre de l'équipage ou exerce une fonction relative au vol;
 - g) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
 - h) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
 - i) une condition médicale diagnostiquée lorsque la personne n'est pas couverte par la présente garantie;
 - j) une condition médicale pour laquelle les limites relatives à la période de survie ne sont pas respectées;
 - k) la personne assurée a un cancer qui se manifeste avant la date d'entrée en vigueur de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date d'entrée en vigueur;
 - l) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de cancer ou présente des symptômes de cancer ou subit des investigations menant au

diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic;

- m) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou présente des symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subit des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic.
- 2) **Antécédents médicaux** - Si, dans les 24 mois précédant l'entrée en vigueur de son assurance en cas de maladie grave, la personne assurée a consulté un médecin relativement aux symptômes d'une condition médicale, ou si elle a alors été examinée ou traitée par un professionnel de la santé à cet égard, des prestations peuvent être payables pour cette condition médicale seulement si le premier diagnostic non équivoque et définitif, tel que requis, est établi après plus de 24 mois consécutifs d'assurance en cas de maladie grave.

Cette exclusion pour antécédents médicaux s'applique seulement aux portions du montant d'assurance qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Si l'assurance en cas de maladie grave remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, la personne assurée qui a satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputée avoir satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement pour les maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour antécédents médicaux que la personne assurée a satisfaite dans l'ancien contrat sert à réduire la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie dont la couverture est obtenue sans preuves d'assurabilité seront assujettis à l'exclusion pour antécédents médicaux.

9. Lieu du diagnostic

Si vous présentez une demande de règlement pour une maladie grave pour laquelle le diagnostic a été posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou qui s'est manifestée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, vous pourrez avoir droit à la prestation prévue par la présente garantie au moment du retour au Canada de votre conjoint assuré. Avant de déterminer l'admissibilité, SSQ dispose néanmoins du droit de demander à la personne assurée de passer un nouvel examen médical venant confirmer le diagnostic de maladie grave à son retour au Canada.

10. Droit de transformation

Si votre conjoint n'a pas encore atteint l'âge de 65 ans au moment où son assurance en vertu de la présente garantie prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- a) vous cessez d'être un employé actif du preneur en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) votre conjoint ou vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la garantie; ou
- c) la période de toute prolongation de participation à l'assurance en cas de maladie grave prévue aux Dispositions générales prend fin;

vous pouvez remettre une demande écrite à SSQ dans les 31 jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave pour votre conjoint assuré. Sur réception de cette demande, SSQ émettra à votre nom une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave pour votre conjoint assuré, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise couvrira 4 maladies graves : accident vasculaire cérébral; cancer (mettant la vie en danger); chirurgie coronarienne; crise cardiaque.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la garantie est déjà résiliée au moment de la demande. Une personne qui a déjà reçu un montant de prestation en vertu de la présente garantie ne peut toutefois pas obtenir la transformation de son assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant d'assurance en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou
- b) un total de 100 000 \$ pour toutes les transformations demandées pour une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est calculée selon le tarif établi par l'assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

11. Demandes de prestations

La demande de prestations et les pièces justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie. Autrement, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit s'effectuer à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut toutefois exiger des preuves et documents supplémentaires.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ

Page 1 de 7

LA PRÉSENTE ANNEXE FAIT ÉTAT DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE TOUTES LES MALADIES GRAVES QUI PEUVENT SE TROUVER DANS L'UN OU L'AUTRE DES ENSEMBLES OFFERTS PAR SSQ POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE. LE PRENEUR ET LES ADHÉRENTS SONT AINSI AVISÉS QUE SSQ CONTINUERA À APPLIQUER CES EXCLUSIONS MÊME EN CAS DE CHANGEMENT DANS LES CHOIX DE GARANTIES D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE.

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour une personne assurée autre qu'un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable pour la situation décrite dans l'une des colonnes de droite du tableau ci-dessous, certaines des situations décrites dans la colonne de gauche ne peuvent plus donner droit à des prestations pour la même personne. Dans les cas où une situation ne peut plus donner droit à des prestations, un X se trouve à la fois vis-à-vis la situation décrite à gauche et la situation de la colonne concernée. De plus, pour qu'une situation puisse ouvrir droit à des prestations, elle doit être incluse dans la liste des maladies graves couvertes pour la personne assurée ou à l'article « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable, d'autres prestations ne peuvent en aucun cas devenir payables pour cet Enfant à charge, peu importe les maladies qui sont en cause.

Il faut interpréter la présente Annexe comme si le nom de toutes les maladies qui y sont mentionnées était écrit au long, conformément aux noms définis dans la description de la garantie. C'est uniquement pour des raisons de présentation sous forme de tableau que la longueur de certains d'entre eux a été réduite.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 2 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
* Note : Pour qu'une seconde demande pour Cancer puisse être approuvée, la garantie doit comporter l'article « Prestations en cas de récurrence de cancer » et toutes les exigences qui y sont prévues doivent être respectées.	Accident vasculaire cérébral	Anémie aplasique	Angioplastie coronarienne	Arthrite rhumatoïde grave	Brûlures graves	Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X						
Anémie aplasique		X				X	
Angioplastie coronarienne	X		X				X
Arthrite rhumatoïde grave				X			
Brûlures graves					X		
Cancer (mettant la vie en danger)		X				X*	
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		X	X			X	X
Carcinome canalaire in situ du sein		X	X			X	X
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité							
Chirurgie de l'aorte	X						
Coma	X						
Crise cardiaque	X						
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X			X			
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X			X			
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X			X		X	
Insuffisance rénale	X			X			
Lupus érythémateux disséminé				X			
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie				X			
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A		X	X			X	X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie	X	X		X	X	X	
Perte de l'usage de la parole							
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien	X						
Remplacement d'une hanche par chirurgie				X			
Remplacement d'un genou par chirurgie				X			
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X						
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité							
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 3 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	Cécité	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X		X	X	X	X
Anémie aplasique							X
Angioplastie coronarienne	X	X		X		X	
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	X						X
Carcinome canalaire in situ du sein	X						X
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité			X		X		
Chirurgie de l'aorte		X		X		X	
Coma		X		X	X	X	X
Crise cardiaque		X		X		X	X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X		X		X	X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X		X		X	
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital		X		X		X	X
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X		X		X	X
Insuffisance rénale		X		X		X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A	X						X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie		X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole					X		
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien		X		X		X	
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X		X		X	
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 4 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Démence y compris la maladie d'Alzheimer	Dystrophie musculaire	Greffe d'un organe vital	Hépatite virale fulminante	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Infection au VIH dans le cadre du travail	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X	X		X	X	X
Anémie aplasique			X				
Angioplastie coronarienne							X
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)			X	X		X	X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)			X	X		X	X
Carcinome canalaire in situ du sein			X	X		X	X
Cardiomyopathie dilatée		X			X		
Cécité		X				X	X
Chirurgie de l'aorte					X		X
Coma		X	X		X	X	X
Crise cardiaque		X	X		X		X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X	X	X	X		X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X	X	X	X		X
Hépatite virale fulminante				X			
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					X		
Infection au VIH dans le cadre du travail						X	
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X	X	X		X	X
Insuffisance rénale		X	X		X	X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A			X	X		X	X
Méningite purulente							
Paralysie		X				X	X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X				X	
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien					X		X
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques							X
Sclérose généralisée évolutive							X
Surdité		X				X	
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 5 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Insuffisance rénale	Lupus érythémateux disséminé	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Maladie du motoneurone	Mélanome malin au stade 1A	Méningite purulente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X	X			X		X
Anémie aplasique							
Angioplastie coronarienne						X	
Arthrite rhumatoïde grave	X	X	X				
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						X	
Carcinome canalaire in situ du sein						X	
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité					X		X
Chirurgie de l'aorte							
Coma	X			X	X		X
Crise cardiaque	X				X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X	X	X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer							
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X	X	X				
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X	X	X				
Insuffisance rénale	X	X	X				
Lupus érythémateux disséminé	X	X	X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	X	X	X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques				X			
Maladie du motoneurone					X		
Mélanome malin au stade 1A						X	
Méningite purulente							X
Paralysie				X	X		X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X		X
Perte de l'usage de la parole				X	X		X
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien							
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque							
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		X
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 6 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Paralysie	Perte d'autonomie	Perte de l'usage de la parole	Perte de membres	Pontage aorto-coronarien	Remplacement d'une hanche par chirurgie	Remplacement d'un genou par chirurgie
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X			X		
Anémie aplasique		X					
Angioplastie coronarienne					X		
Arthrite rhumatoïde grave		X				X	X
Brûlures graves		X					
Cancer (mettant la vie en danger)		X					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)							
Carcinome canalaire in situ du sein							
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité		X					
Chirurgie de l'aorte		X			X		
Coma	X	X			X		
Crise cardiaque		X			X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X			X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X			X		
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X			X		
Hépatite virale fulminante		X					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail		X					
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X			X		
Insuffisance rénale		X			X		
Lupus érythémateux disséminé		X					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie		X					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		X					
Maladie du motoneurone		X					
Mélanome malin au stade 1A		X					
Méningite purulente		X					
Paralysie	X	X					
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X	X				
Perte de membres		X		X			
Pontage aortocoronarien		X			X		
Remplacement d'une hanche par chirurgie		X				X	X
Remplacement d'un genou par chirurgie		X				X	X
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques		X					
Sclérose généralisée évolutive		X					
Surdité		X					
Tumeur cérébrale bénigne		X					

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 7 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante				
	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	Sclérose en plaques	Sclérose généralisée évolutive	Surdité	Tumeur cérébrale bénigne
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante					
Accident vasculaire cérébral	X	X	X		X
Anémie aplasique					
Angioplastie coronarienne	X				
Arthrite rhumatoïde grave					
Brûlures graves					
Cancer (mettant la vie en danger)					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)					
Carcinome canalaire in situ du sein					
Cardiomyopathie dilatée					
Cécité		X			X
Chirurgie de l'aorte	X				
Coma	X	X	X		X
Crise cardiaque	X		X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X		X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X				
Dystrophie musculaire					
Greffe d'un organe vital	X		X		
Hépatite virale fulminante					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					
Infection au VIH dans le cadre du travail					
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X		X		
Insuffisance rénale	X	X	X		
Lupus érythémateux disséminé					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques					
Maladie du motoneurone					
Mélanome malin au stade 1A					
Méningite purulente					X
Paralysie		X			X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X			X
Perte de membres					
Pontage aortocoronarien	X				
Remplacement d'une hanche par chirurgie					
Remplacement d'un genou par chirurgie					
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X				
Sclérose en plaques		X			
Sclérose généralisée évolutive			X		
Surdité		X		X	X
Tumeur cérébrale bénigne					X

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Votre assurance salaire de longue durée

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne à remplir les principales fonctions de son emploi habituel lui permet de répondre à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations mensuelles pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Données servant à calculer les prestations

Le montant de prestations est calculé selon le salaire que vous touchiez au début de votre période d'invalidité totale de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la classe d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez.

3.3 Réduction en présence d'autres sources de revenu (Réduction directe)

Le montant de prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

Toute rente d'invalidité payable en vertu de toute autre loi sociale	100 % après impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles	100 % après impôt
Une rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel	100 % après impôt
L'employeur	100 % après impôt
Des prestations parentales payables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale	100 % après impôt
Un emploi de réadaptation	50 % après impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % après impôt
Une rente de retraite du Régime de pensions du Canada	100 % après impôt
Une rente d'invalidité du régime de retraite de l'employeur	100 % après impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris tout Montant additionnel pour invalidité	100 % après impôt
Une rente de retraite de la Régie des rentes du Québec	100 % après impôt
Une rente de retraite du régime de retraite de l'employeur	100 % après impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % après impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

L'indexation des sources de revenus n'entre pas dans le calcul des prestations.

4. Montant forfaitaire en cas de décès pendant une période de prestations

Si vous décédez avant la fin d'une période où vous aviez droit à des prestations en vertu de la présente garantie, un montant forfaitaire équivalent à 3 mois complets de prestations est versé

à votre succession, sinon à votre bénéficiaire désigné à cette fin, le cas échéant. Ce montant de prestations est établi sur la base du dernier versement effectué.

5. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- b) vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail ou d'un programme de réadaptation approuvé à l'avance par SSQ;
- c) vous ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- d) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ.

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) votre service actif dans des forces armées;
 - v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sans égard à votre état d'esprit.

Aucune prestation d'assurance salaire de longue durée ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations d'assurance salaire de courte durée.

6. Gestion de l'invalidité

6.1 Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail hebdomadaire.

Durant votre période de retour progressif au travail, vos prestations d'assurance salaire sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que vous effectuez normalement chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que vous

effectuiez normalement chaque mois avant de devenir totalement invalide. Toutefois, la rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail n'est pas prise en considération aux fins des réductions directe et indirecte.

6.2 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé par SSQ et de mettre en application les mesures qui vous y sont recommandées.

Vos prestations sont réduites de 50 % de votre rémunération de réadaptation.

7. Demande de prestations

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Assurance maladie

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Activité quotidienne de base

Se dit de chacune des activités suivantes : se nourrir, se vêtir, se déplacer, pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.

Associé en affaires

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Fournisseur de services d'aide à domicile

Se dit d'une personne travaillant contre rémunération pour une entreprise spécialisée dans les services d'aide à domicile, qu'il s'agisse d'une coopérative ou d'une agence incorporée ou enregistrée. Se dit aussi d'un travailleur autonome fournissant des services d'aide à domicile dans le cadre d'un contrat auprès d'une telle entreprise. Se dit aussi d'un travailleur autonome spécialisé dans les services d'aide à domicile, lorsque les services sont fournis dans une région où une telle entreprise n'existe pas.

Frais admissibles

Pour l'assurance maladie, frais de soins de santé pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré, comme c'est parfois le cas pour les achats de médicaments.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

Voyage

Aux fins de l'assurance voyage avec assistance : Se dit de tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

Aux fins de l'assurance annulation de voyage : Se dit du déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. Pour être reconnu comme un voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance maladie sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Médicaments.
- Hospitalisation.
- Établissements pour soins spécialisés.
- Professionnels de la santé.
- Autres frais médicaux.
- Soins et services d'aide à domicile.
- Assurance voyage avec assistance.
- Assurance annulation de voyage.
- Assistance médicale.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé en fonction de l'état de santé de la personne assurée, y compris en ce qui a trait à leur coût;

- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Dans le cas d'articles, de soins ou de services rendus par un professionnel de la santé, les conditions suivantes doivent aussi s'appliquer pour que les frais soient admissibles :

- le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre;
- le professionnel de la santé doit, en l'absence d'un tel ordre, être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ;
- les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et celui-ci doit respecter toutes les normes de conduite prévues par son association, par son code de déontologie ou par tout document émis par son association.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite :
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;

- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
- m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
- o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste.

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance maladie. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de l'une de ces assurances et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage.

6. Droit de transformation

Si l'assurance d'une personne en vertu de la présente garantie prend fin parce que celle-ci cesse d'y être admissible, cette personne peut obtenir une assurance maladie pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la fin de son assurance collective. Dans les autres cas, l'assurance maladie pour particuliers peut s'obtenir seulement sur présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ.

7. Demandes de prestations

Sauf dans les cas d'utilisation de la carte SSQ, toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site web de SSQ ou auprès de son service à la clientèle. Vous devez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

Pour frais de médicaments

Sur présentation de votre carte de paiement direct à votre pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part de vos frais de médicaments qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il vous suffit de déboursier la part des frais qui n'est pas à la charge de SSQ.

Pour soins à l'hôpital

Il suffit de présenter votre carte SSQ à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

Pour frais de médicaments sans utilisation de la carte SSQ, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, autres frais médicaux, soins et services d'aide à domicile

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

- a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;
- b) les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c) le coût des services;
- d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

Comme les soins et services d'aide à domicile doivent aussi faire l'objet d'une évaluation médicale préalable, les factures s'y rapportant doivent être accompagnées du formulaire « Soins de convalescence » dûment rempli par le médecin traitant de la personne assurée.

Pour frais couverts par l'assurance voyage avec assistance

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage avec assistance sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

Pour l'assurance annulation de voyage

Pour effectuer une demande de prestations, la personne assurée doit communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

Lors de la demande, la personne assurée doit fournir à SSQ les preuves justificatives suivantes :

- a) les titres de transport inutilisés;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) les reçus pour les arrangements de voyage; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'un commerce ou d'une plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- d) une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agence de voyages, du transporteur public ou du commerce ou de la plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services;
- e) les documents officiels attestant la cause de l'annulation; si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- f) le rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- g) un rapport officiel portant sur les conditions atmosphériques;
- h) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial, attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;
- i) tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

8. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Médicaments (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b) ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire;
- c) ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

Produits pour les personnes diabétiques

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètres à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ.

Médicaments d'exception

Les médicaments dits « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de SSQ. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales;
- elle est conforme aux critères d'utilisation proposés par les autorités médicales ou gouvernementales compétentes reconnues dans le secteur de la santé;

- elle est conforme aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris quant au rapport entre coût et efficacité.

Injections sclérosantes

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

Préparations magistrales

Les frais engagés pour l'achat d'une préparation pharmaceutique, dite aussi « préparation magistrale », à condition que la préparation soit admissible en vertu de la politique de SSQ à l'égard des médicaments extemporanés de produits composés.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;
- c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- f) les écrans solaires;
- g) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- h) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- i) les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;

- j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
- k) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé.

En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Hospitalisation (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au « Tableau des garanties », de même que la franchise et le pourcentage de remboursement s'y rapportant.

Chambre d'hôpital

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'hôpital du présent régime d'assurance collective. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins du contrat.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Maison de convalescence

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les premiers jours suivant un séjour à l'hôpital. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Professionnels de la santé (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

Acupuncteur

Les frais de traitement.

Audiologiste

Les honoraires professionnels.

Chiropraticien

Les frais de traitement.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les chiropraticiens.

Chiropraticien - Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.

Diététiste

Les frais de consultation.

Ergothérapeute

Les frais de traitement.

Homéopathe

Les frais de consultation. Aux fins du contrat, les frais engagés pour des remèdes homéopathiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation d'homéopathe.

Naturopathe

Les frais de consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Aux fins du contrat, les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathes.

Orthophoniste

Les honoraires professionnels.

Ostéopathe

Les frais de traitement.

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

Les honoraires professionnels ou frais de traitement.

Podiatre

Les honoraires professionnels.

Psychanalyste

Les honoraires professionnels.

Psychiatre

Les honoraires professionnels.

Psychologue

Les honoraires professionnels.

Psychothérapeute

Les frais de consultation.

Travailleur social

Les frais de consultation.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Autres frais médicaux (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Accessoires pour pompe à insuline

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline, s'ils sont prescrits par un médecin.

Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

Analyses de laboratoire

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Appareils orthopédiques

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ». Le « Tableau des garanties » indique si l'assurance des adultes diffère à cet égard de celle des enfants à charge.

Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Chaussures profondes

Les chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage.

Aux fins de la présente assurance, les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.

Chirurgie esthétique à la suite d'un accident

Les soins de chirurgie esthétique devenus nécessaires par suite d'un accident. L'admissibilité des frais engagés pour ces soins est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée;
- les soins doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident;
- et
- les soins doivent se terminer dans les 36 mois suivant la date de l'accident alors que vous êtes toujours assuré en vertu de la présente garantie.

Cure de désintoxication

Les thérapies associées à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- la clinique doit être reconnue par SSQ;
- la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Glucomètre

L'achat d'appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Infirmier

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée, à raison d'un minimum de 8 heures par jour.

Lentilles intraoculaires

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

Lit d'hôpital

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Pompe à insuline

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin.

Prothèse capillaire

L'achat d'une prothèse capillaire initiale par suite de chimiothérapie.

Prothèse externe et membre artificiel

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Le remboursement maximal est de 5 000 \$ par membre perdu.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomодensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.

Recommandation de soins médicaux hors province

Pour une personne assurée protégée par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence, les frais décrits ci-après et engagés pour obtenir des soins médicaux nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, à

l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, à condition que les régimes publics en question aient accepté de couvrir une partie de ces frais et que les soins aient été prescrits par écrit par le médecin traitant de la personne assurée dans sa province de résidence et préalablement approuvés par SSQ :

- Hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit un traitement curatif.
- Honoraires de médecins pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des soins dentaires.
- Frais de transport et d'hébergement payés par la personne assurée.
- Frais de médicaments, de radiographies et d'analyses de laboratoire.

La présente assurance s'applique aux frais excédant les prestations payables par tout régime public d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Les services suivants sont expressément exclus de cette assurance :

- Les services et produits de nature investigatrice ou expérimentale.
- Les services et produits reçus en dehors de la province de résidence dans le seul but d'éviter les listes d'attente imposées à ceux qui doivent recevoir les mêmes services dans ladite province de résidence.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soutiens-gorges postopératoires

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Stérilets

L'achat de stérilets qui ne sont pas couverts par l'assurance médicaments du présent régime.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents saines et naturelles.

Aux fins de la présente assurance, une dent « naturelle » signifie une dent qui n'a pas été remplacée. Une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle ayant fait l'objet d'un traitement ou d'une réparation mais qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Par contre, les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger ne sont pas couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste ou un denturologiste licencié;
- les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident et la personne doit alors être assurée par la présente garantie.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Les frais engagés liés à un nouvel implant, à des implants existants ou à des prothèses elles-mêmes liées à des implants ne sont pas couverts en vertu de la protection « Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ».

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Soins et services d'aide à domicile (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour les soins et services décrits ci-après si des soins sont nécessaires lors d'une convalescence à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

De plus, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux soins à domicile pour que des frais puissent être admissibles :

- ils sont recommandés par le médecin traitant;
- ils sont autorisés au préalable par SSQ;
- ils sont prodigués au cours d'une période de convalescence, dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour;
- la personne assurée est dans l'incapacité d'exercer ses activités quotidiennes de base au cours de la période de convalescence;
- il s'agit de frais que la personne assurée doit engager en supplément de ceux qu'elle devait engager habituellement avant la période de convalescence;
- l'incapacité d'exercer les activités quotidiennes de base résulte uniquement d'une détérioration de l'état de santé de la personne assurée et non d'une modification des tâches qu'elle doit accomplir, par exemple lors d'un retour à domicile après un accouchement sans complications.

Soins infirmiers

Les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié, pour des soins infirmiers offerts au domicile de la personne assurée.

Services d'aide à domicile

Les frais exigés par un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir à domicile les activités suivantes :

- les activités quotidiennes de base;
- l'entretien ménager;
- l'entretien général du domicile (déneigement, tonte de la pelouse, etc.);
- la préparation des repas;
- l'accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Frais de transport

Les frais de transport de la personne assurée pour obtenir des soins médicaux ou un suivi médical.

Frais de garde des enfants

Les frais supplémentaires de garde des enfants au domicile de la personne assurée ou dans un service de garde.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie)

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au « Tableau des garanties ».

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. De plus, la présente assurance s'applique uniquement à l'excédent des frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « Tableau des garanties ».

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré comme instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
 - s'est aggravée,
 - a fait l'objet d'une récurrence,
 - est en phase terminale d'évolution,
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage;
- qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
- et
- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par séjour à l'extérieur de la province de résidence.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par séjour.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours, ou en cas de décès, de l'endroit où se trouve la dépouille. Les frais admissibles pour séjour et transport d'un proche parent sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, préparation de sa dépouille et retour de son corps ou de ses cendres ou crémation ou inhumation sur place

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;

- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage avec assistance.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;

- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Assurance annulation de voyage (Assurance maladie)

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ pour connaître la procédure à suivre et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ pour connaître la procédure à suivre et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ sont les suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, ou son associé en affaires, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption;
- b) le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un associé en affaires de la personne assurée;
- c) le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- e) nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée;

- f) le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire;
- g) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- h) la convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles;
- i) la mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage;
- j) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- k) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage;
- l) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage;

m) **Pour l'annulation de voyage**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- n) le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoie une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police;
- o) des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage,
 - ou
 - la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur public, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- p) un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2. Frais admissibles

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée en raison de l'annulation, de la prolongation ou de l'interruption d'un voyage, dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et où cette dernière, au moment de prendre les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les frais admissibles sont décrits ci-après et sont remboursables selon les indications du « Tableau des garanties » :

En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.

- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou de l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire;
- b) un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage.

- 1) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;
 - g) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- 2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
 - d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
 - à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;
- 3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 4) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement, s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

- 6) Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou

- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

Assistance médicale (Assurance maladie)

1. Deuxième opinion médicale

L'assistance médicale s'adresse à toute personne de moins de 65 ans qui est assurée par la garantie d'assurance maladie au moment de la demande de deuxième opinion médicale.

Lorsque le fournisseur de services d'assistance médicale de SSQ reçoit une demande de deuxième opinion médicale de la part d'une personne assurée qui a reçu le diagnostic d'une maladie ou de la nécessité d'une chirurgie, et si de plus la maladie ou chirurgie en question fait partie de la liste des diagnostics admissibles du présent programme d'assistance médicale, une équipe de médecins spécialistes effectue une révision du dossier médical afin de valider le diagnostic et de déterminer le plan de traitement le mieux adapté. Cette révision de dossier se fait en collaboration avec le médecin traitant de la personne assurée. Cependant, les frais de transfert de dossier et les frais pouvant être demandés par le médecin traitant sont à la charge de la personne assurée.

La liste de l'article « Diagnostics admissibles » permet de constater que les diagnostics reconnus à ce titre peuvent être des maladies dégénératives, des affections majeures ou d'autres conditions mettant sérieusement la vie en danger.

2. Diagnostics admissibles

1. Accident vasculaire cérébral
2. Anémie aplasique
3. Angioplastie coronarienne
4. Arthrite rhumatoïde grave
5. Brûlures graves
6. Cancer (mettant la vie en danger)
7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
8. Carcinome canalaire in situ du sein
9. Cardiomyopathie dilatée
10. Cécité
11. Chirurgie de l'aorte
12. Coma
13. Crise cardiaque
14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une sur liste d'attente
15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
16. Dystrophie musculaire
17. Greffe d'un organe vital

18. Hépatite virale fulminante
19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
20. Infection au VIH dans le cadre du travail
21. Insuffisance hépatique à un stade avancé
22. Insuffisance rénale
23. Lupus érythémateux disséminé
24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
26. Maladie du motoneurone
27. Mélanome malin au stade 1A
28. Méningite purulente
29. Paralyse
30. Perte d'autonomie
31. Perte de l'usage de la parole
32. Perte de membres
33. Pontage aortocoronarien
34. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
35. Sclérose en plaques
36. Sclérose généralisée évolutive
37. Surdité
38. Tumeur cérébrale bénigne

Si vous détenez une protection familiale, le diagnostic des maladies suivantes est également couvert par l'assistance médicale pour vos enfants à charge :

1. D ficiency mentale
2. Fibrose kystique
3. Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie
4. Paralyse cérébrale
5. Spina bifida cystica
6. Syndrome de Down (Trisomie 21)

3. Demande de deuxième opinion médicale

Pour demander une deuxième opinion médicale, la personne assurée doit communiquer par téléphone avec le fournisseur de services d'assistance médicale de SSQ, au numéro indiqué à cette fin dans votre documentation d'assurance.

4. Disponibilité des services

Le maintien de l'offre des services de deuxième opinion médicale est conditionnel au maintien d'une entente entre SSQ et le fournisseur de services et à la capacité de ce dernier d'offrir les services.

Assurance soins dentaires

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance soins dentaires sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Soins de base.

La description des soins dentaires couverts par l'assurance est faite à partir de la nomenclature d'actes bucco-dentaires qu'utilise SSQ lors de la plus récente mise à jour de ses textes contractuels. SSQ s'engage à administrer la présente garantie, de telle sorte que l'équivalent de cette description continue de s'appliquer en tenant compte de l'évolution des techniques dentaires et des mises à jour de la nomenclature des services, telles que faites par l'association dentaire responsable.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;

- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Afin d'établir l'admissibilité de certains traitements, des radiographies appropriées peuvent être exigées et devraient être fournies à SSQ lors de la soumission d'un plan de traitement détaillé. Dans les cas où les frais engagés peuvent être importants, SSQ recommande aux personnes assurées de soumettre un plan de traitement et des radiographies appropriées avant le début du traitement. Ainsi, elles seront informées à l'avance de l'admissibilité du traitement et de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au « Tableau des garanties » par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste. En ce qui concerne les frais de laboratoire, ils sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;

- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant;
- j) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- m) pour un protecteur buccal;
- n) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) pour des pontiques et piliers de transition;
- r) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) pour des photographies diagnostiques.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés, ni les frais qui sont admissibles, compte tenu du guide des tarifs de l'association du professionnel traitant pour l'année de référence indiquée au « Tableau des garanties ». Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être effectuées en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

6. Droit de transformation

Toute personne assurée en vertu de la présente garantie et qui exerce un droit de transformation en vertu d'une garantie d'assurance maladie collective de SSQ peut obtenir en même temps la transformation de l'assurance de la présente garantie en une assurance soins dentaires pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. Ce droit de transformation ne s'applique toutefois qu'au moment où s'applique celui de la garantie d'assurance maladie. De plus, toutes les conditions liées au droit de transformation de l'assurance maladie s'appliquent aussi au présent droit de transformation.

7. Demandes de prestations

Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement devraient être présentées à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Soins de base (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les soins dentaires de base pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Diagnostic

1) Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 9 mois
- examen complet ou examen prosthodontique : un examen par période de 36 mois
- examen des dysfonctions du système stomatognathique : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

2) Radiographie

a) radiographie intra-orale

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

b) radiographie extra-orale

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo mandibulaire
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
- pellicule céphalométrique

c) autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile

- 3) Tests et examens de laboratoire
 - test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - test bactériologique
 - test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
 - test cytologique
 - modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
 - présentation de cas, plan de traitement
 - consultation avec le patient
- b) Prévention
 - 1) Services usuels de prévention
 - polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 9 mois
 - détartrage : 6 unités de temps par année civile
 - application topique de fluorure * : une fois par période de 9 mois
 - analyse du régime alimentaire : une fois à vie
 - instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
 - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - finition d'une obturation
 - scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide * (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
 - ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
 - meulage interproximal *
 - améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)
 - 2) Appareil de maintien *
 - 3) Correction des habitudes buccales *
 - appareil fixe ou amovible
 - évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
 - motivation du patient : une fois à vie
 - myothérapie : 5 fois à vie
 - 4) Appareil intra-oral pour le bruxisme
 - un appareil par 60 mois
 - réparation : une fois par année civile

- regarnissage : une fois par année civile
- 5) Équilibrage de l'occlusion
- 8 unités de temps ou 3 fois par année civile
- * Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.
- c) Restauration mineure
- pansement sédatif
 - meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - recimentation de fragment de dent brisée
 - restauration en résine, en amalgame ou en composite *
 - tenons par restauration
- * La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.
- d) Endodontie
- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne
 - urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
 - traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
 - apexification
- e) Parodontie
- traitements non chirurgicaux
 - chirurgie parodontale
 - surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
 - jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
 - irrigation parodontale
- f) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible
- rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois
 - réparation avec ou sans empreinte
 - obturateur palatin : un par période de 60 mois
 - remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois
- g) Réparation de pont fixe et de couronne
- réparation de pont fixe

- réparation de couronne
- recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier
- supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile
- immobilisation, sectionnement
- ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté

h) Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
- ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
- supplément pour points de suture par séance
- exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
- transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
- alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
- ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
- extension des replis muqueux
- incision et drainage
- réduction de fracture
- frénectomie
- traitement des glandes salivaires
- chirurgie ou traitement des sinus
- contrôle d'hémorragie
- traitement post-chirurgical
- réparation d'une laceration de tissu mou ou de part en part

i) Services généraux complémentaires

- anesthésie locale
- sédation consciente
- visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès
aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais 1 877 651-8080
Région de Montréal 514 223-2500