

Contrat MA999

En vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2025

APIGQ

**A  
PIGQ**

# Régime d'assurance collective

A decorative graphic consisting of two overlapping, wavy, curved shapes. The top shape is light blue and the bottom shape is purple. They are positioned in the lower half of the page, partially overlapping the 'beneva' logo.

**beneva**

Dans cette brochure, le nom Beneva désigne Beneva inc.

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

## Table des matières

<b>1- VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒIL</b> .....	<b>1</b>
1.1 GARANTIES OBLIGATOIRES .....	1
1.2 GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE .....	4
1.3 GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE .....	5
<b>2- GARANTIES OBLIGATOIRES</b> .....	<b>7</b>
2.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE .....	7
2.2 RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION OU PERTE D'USAGE D'UN MEMBRE À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT .....	15
2.3 SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE .....	17
<b>3- GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE</b> .....	<b>18</b>
3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE .....	18
3.2 RÉGIME D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE .....	23
<b>4- GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE</b> .....	<b>30</b>
4.1 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT .....	30
4.2 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL .....	33
4.3 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE .....	34
4.4 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DE L'ADHÉRENT .....	36
<b>5- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</b> .....	<b>41</b>
5.1 DÉFINITIONS .....	41
5.2 ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE .....	44
5.3 PARTICIPATION À L'ASSURANCE ET STATUTS DE PROTECTION .....	45
5.4 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE .....	46
5.5 CHANGEMENTS DE PROTECTION .....	47
5.6 FIN DE L'ASSURANCE .....	49
5.7 ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL .....	50
5.8 ADHÉRENTS ÂGÉS DE 65 ANS OU PLUS .....	53
5.9 BÉNÉFICIAIRE D'ASSURANCE VIE .....	54
5.10 RÉGIME À L'INTENTION DES RETRAITÉS .....	54

<b>6- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES .....</b>	<b>57</b>
6.1 ASSURANCE MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE .....	57
6.2 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE .....	59
6.3 ASSURANCE VIE, ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE, ET ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DE L'ADHÉRENT .....	60
6.4 ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE .....	60
6.5 CHANGEMENT D'ADRESSE .....	60
6.6 OÙ ENVOYER LES DEMANDES DE PRESTATIONS .....	60
6.7 ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 18 À 25 ANS ET AUX ÉTUDES À TEMPS PLEIN .....	61
6.8 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS .....	61
6.9 SERVICES INTERNET DE BENEVA – ESPACE CLIENT .....	62
 <b>ANNEXE - ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE .....</b>	 <b>64</b>
1. ASSURANCE VOYAGE.....	64
2. ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	69
PRIMES PAR PÉRIODE DE 14 JOURS DU 1 <sup>ER</sup> JUILLET 2025 AU 30 JUIN 2026 .....	78

## 1- VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒIL

Cette section vous présente un résumé des principaux éléments de votre régime d'assurance collective. Des limitations et des exclusions peuvent s'appliquer à certaines garanties. Veuillez consulter la section correspondante de la brochure pour tous les détails.

### 1.1 GARANTIES OBLIGATOIRES

#### 1.1.1 Régime d'assurance maladie de base

##### Franchise annuelle

Protection individuelle : 50 \$

Protection monoparentale : 75 \$

Protection familiale : 100 \$

La franchise annuelle ne s'applique qu'une seule fois par année civile, sur l'ensemble des frais couverts engagés par la personne adhérente, son conjoint ou ses enfants à charge.

Lorsqu'une personne assurée engage les frais décrits dans la section grisée du tableau ci-bas, Beneva rembourse 75 % des frais admissibles réellement engagés jusqu'à l'atteinte de la contribution annuelle maximale énoncée par la RAMQ le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, par année civile, par certificat. Par la suite, au cours de la même année civile, le remboursement sera de 100 %.

Si une personne assurée choisit d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, le remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Le montant qui est comptabilisé dans le maximum annuel à débourser est celui que la personne assurée aurait payé si elle avait acheté ce médicament générique moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé en fonction du coût du médicament acheté dans le cas où la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, et ce, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Le montant qui est comptabilisé dans le maximum annuel à débourser est alors celui que la personne assurée a payé pour ce médicament, sans égard au coût du médicament générique. L'approbation de Beneva est requise.

Garantie	Balises de remboursement
Médicaments* et services pharmaceutiques <b>(Remboursement direct des frais avec la carte d'assurance)</b>	Disponibles uniquement sur prescription d'un médecin Services pharmaceutiques et produits antitabac : selon les critères établis par la RAMQ
Injections sclérosantes*	Maximum de 20 \$ de frais admissibles / traitement
Stérilet*	
Frais d'hospitalisation, frais médicaux et honoraires professionnels engagés à l'extérieur du Québec pour des soins ou traitements non disponibles au Québec	Pour des frais préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Garantie	Balises de remboursement
Ambulance, incluant le transport par train ou par avion	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident *	Remboursement maximum de 5 000 \$ par accident, pour des frais engagés dans les 36 mois suivant l'accident et des traitements débutés dans les 12 mois suivant l'accident.
Soins dentaires à la suite d'une blessure accidentelle	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident
Prothèse externe ou membre artificiel*	Frais admissibles de 5 000 \$ par membre ou prothèse, par 36 mois
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital*	Pour usage temporaire seulement
Infirmier*	Frais admissibles de 300 \$ par jour, remboursement maximum de 3 000 \$ par année civile, par personne assurée
Neurostimulateurs transcutanés* (TENS)	Frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée, par période de 60 mois
Orthèses, bandages herniaires, bandages spéciaux dans le cas de brûlures graves, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires et autres appareils orthopédiques	
Chaussures orthopédiques	
Bas de contention	3 paires par année civile, par personne assurée
Radiographies*, tomodensitométries, résonances magnétiques, électrocardiogrammes* et analyses de laboratoire*	
Prothèses auditives*	Frais admissibles de 625 \$ par période de 48 mois
Glucomètre*	Frais admissibles de 300 \$ par période de 60 mois
Articles pour stomie	
Appareils thérapeutiques *	Remboursement maximum de 10 000 \$ à vie, par personne assurée
Pompes à insuline	Remboursement maximum de 7 500 \$ par période de 60 mois, par personne assurée
Assurance voyage avec assistance	Remboursement à 100 % des frais admissibles, maximum 5 000 000 \$ par personne assurée, par séjour hors de la province de résidence
Assurance annulation de voyage	Remboursement à 100 %, maximum 5 000 \$ par personne assurée, par voyage

\* Une prescription médicale est nécessaire.

### 1.1.2 Régime d'assurance en cas de mutilation ou perte d'usage d'un membre à la suite d'une maladie ou d'un accident

Mutilation ou perte d'usage	Montant de la prestation
Les membres supérieurs et inférieurs (2 bras et 2 jambes)	40 000 \$
Les membres inférieurs (2 jambes)	40 000 \$
Hémiplégie (1 bras et 1 jambe)	40 000 \$
Les 2 bras	40 000 \$
Un bras ou une jambe	20 000 \$
La vue des 2 yeux	30 000 \$
Les 2 mains ou les 2 pieds	40 000 \$
Une main ou un pied	20 000 \$
L'ouïe des 2 oreilles	10 000 \$
La parole	10 000 \$
Le pouce et l'index	5 000 \$

### 1.1.3 Service de télémédecine

Garantie	Balises de remboursement
Service de télémédecine	Remboursement à 100 %

## 1.2 GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Vous avez le choix de participer ou non à cette garantie optionnelle. Toutefois, si vous faites le choix d'y participer, vous devez participer à la fois au régime d'assurance maladie complémentaire ET au régime d'assurance revenu complémentaire, indissociablement.

### 1.2.1 Régime d'assurance maladie complémentaire

Garantie	Maximum	Remboursement
Chambre d'hôpital*	Semi-privée	100 %
Maison de convalescence*	20 \$ par jour, par personne assurée	100 %

\* Une prescription médicale est nécessaire.

Garantie	Maximum	Remboursement
Chiropraticien	Frais admissibles de 40 \$ par radiographie 1 traitement par jour, par personne assurée	75 % Remboursement maximum de 1 500 \$ par personne assurée par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste et physiothérapeute	1 traitement par jour, par personne assurée	
Ostéopathe, naturopathe, homéopathe, diététiste*, podiatre et acupuncteur	1 traitement par jour, par personne assurée	
Conseiller en orientation (y compris le psychoéducateur), psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste, psychologue et travailleur social	1 traitement par jour par personne assurée	
Soins à domicile	Maximum global de 2 périodes de convalescence par année	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'aide à domicile</li> <li>• Frais de garde d'enfants</li> <li>• Frais de transport</li> </ul>	60 \$ par jour 25 \$ par jour, par unité familiale Maximum global de 30 \$ par jour; 3 déplacements (aller-retour) par semaine; 0,25 \$ du kilomètre pour l'utilisation d'une voiture privée	

\* Une prescription médicale est nécessaire.

## 1.2.2 Régime d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée

<b>Définition</b>	État d'incapacité qui empêche la personne employée d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.
<b>Prestation mensuelle</b>	90 % du traitement net de la personne adhérente Recalcul de la prestation à l'âge de 65 ans, en fonction de la rente de retraite La prestation est non imposable.
<b>Délai de carence</b>	La plus tardive des dates suivantes : - 6 mois après la date de début de l'invalidité, ou - la période correspondant à l'épuisement de la banque de congés de maladie.
<b>Indexation</b>	Au 1 <sup>er</sup> janvier de chaque année, selon l'indice RRQ, maximum de 4 %

## 1.3 GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

### 1.3.1 Régime d'assurance vie

*Vous avez le choix de participer ou non à cette garantie optionnelle.*

Des preuves d'assurabilité peuvent être requises selon l'âge de la personne adhérente et le montant de protection demandé.

<b>Assurance vie de base de la personne adhérente<sup>(1)</sup></b>	1 fois le salaire annuel de l'adhérent
<b>Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge<sup>(2)</sup></b>	Conjoint : 6 000 \$ Enfant à charge âgé de 24 heures ou plus : 6 000 \$
<b>Assurance vie en cas de décès accidentel de la personne adhérente<sup>(2)</sup></b>	1 fois le salaire annuel de l'adhérent
<b>Assurance vie additionnelle de la personne adhérente<sup>(2)</sup></b>	1, 2 ou 3 fois le salaire
<b>Assurance vie additionnelle du conjoint<sup>(3)</sup></b>	1 à 10 unités de 10 000 \$

(1) Pour la personne adhérente qui demeure active après son 65<sup>e</sup> anniversaire, elle a le choix conserver un montant égal à 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % de son salaire.

(2) Il est nécessaire de participer à l'assurance vie de base de l'adhérent pour participer à ces garanties.

(3) Il est nécessaire de participer à l'assurance vie de base de l'adhérent ainsi qu'à l'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge pour participer à cette garantie. De plus, à compter de la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, le montant additionnel de protection ne peut excéder 10 000 \$.

### 1.3.2 Régime d'assurance en cas de maladie grave de l'adhérent

*Vous avez le choix de participer ou non à cette garantie optionnelle.*

<b>Montant de l'assurance</b>	1 fois le traitement annuel de l'adhérent
-------------------------------	---

## 2- GARANTIES OBLIGATOIRES

---

La participation aux régimes d'assurance maladie de base, d'assurance en cas de mutilation ou perte d'usage d'un membre à la suite d'une maladie ou d'un accident et au service de télémédecine est obligatoire.

### 2.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Lorsqu'un adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge engage des frais admissibles en vertu du régime de base d'assurance maladie et qui ne sont pas couverts par d'autres garanties de la présente police, Beneva paie 75 % des frais réellement engagés jusqu'à l'atteinte de la contribution annuelle maximale énoncée par la RAMQ le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, par année civile, par certificat, et 100 % de l'excédent, et cela à moins d'indication contraire et après application de la franchise annuelle suivante :

- a) 50 \$ pour une protection individuelle;
- b) 75 \$ pour une protection monoparentale;
- c) 100 \$ pour une protection familiale.

La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile sur l'ensemble des frais couverts engagés par l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge.

Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une même année civile et qui ont été utilisés pour satisfaire en totalité ou en partie la franchise réduisent d'autant la franchise de l'année suivante.

Nonobstant toute autre disposition de la police, Beneva paie 100 % des frais admissibles en vertu des garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage et la franchise annuelle ne s'applique pas aux frais admissibles de ces garanties. Le détail des dispositions applicables à l'assurance voyage et annulation de voyage se trouve à l'annexe de la présente brochure.

À moins d'indication contraire, le présent régime couvre des frais qui s'appliquent à des services ou articles prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure ou requis lors d'une grossesse ou par suite d'une grossesse.

#### 2.1.1 Frais admissibles

##### a) Médicaments

Les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la loi sur la pharmacie.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés **médicaments d'exception** dans la liste RAMQ ne sont toutefois couverts que

dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM). Pour ces médicaments d'exception, une autorisation préalable de Beneva est exigée.

Les services pharmaceutiques admissibles à un remboursement par le RGAM, lorsqu'ils sont rendus par un pharmacien conformément aux règlements de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, sont couverts. Les remboursements sont effectués selon les mêmes paramètres que ceux des médicaments, sous réserve des maximums applicables déterminés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les produits antitabac dits médicaments d'exception dans la liste RAMQ ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au RGAM.

Les autres produits antitabac couverts par le RGAM, sous réserve des maximums prévus quant à la durée et la quantité fixées et mises à jour annuellement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Dans le cas de **médicaments injectés** en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. À cet égard, les substances injectées pour des raisons médicales mais non esthétiques sont couvertes jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par visite.

Les **stérilets** prescrits par un médecin sont également couverts.

### **Produits exclus**

Les produits suivants ne sont pas couverts, qu'ils soient ou non considérés comme des médicaments :

- les produits grand-public (GP);
- les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
- les substances et médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- les produits antitabac qui ne sont pas spécifiquement couverts par le présent régime;
- les suppléments diététiques servant à compléter l'alimentation ou à la remplacer; toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant de manière jugée satisfaisante par Beneva toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;

- les écrans solaires;
- les médicaments servant à traiter l'infertilité ou à l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro, à l'exception de ceux qui sont couverts par le RGAM;
- les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par le département de pharmacie d'un hôpital et ceux qui sont administrés à l'hôpital;
- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et qui sont administrés uniquement par voie orale (Viagra et autres médicaments similaires).

#### **Contribution au RGAM exclue**

La contribution du patient exigée d'une personne assurée par le régime d'assurance médicaments administré par la RAMQ n'est pas couverte par la présente assurance.

**Aucune disposition de la présente police ne doit avoir pour effet de rendre l'assurance médicaments du présent contrat moins généreuse que celle du RGAM.**

#### **b) Frais d'hospitalisation**

Les frais d'hospitalisation incluant les frais de chambre et pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec et préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec en raison du fait que les soins ne sont pas disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, et les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de cette loi.

#### **c) Honoraires professionnels de médecins**

Les honoraires professionnels de médecins *engagés à l'extérieur du Québec* pour des services médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec en raison du fait que les soins ne sont pas disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, et les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de cette loi.

#### **d) Ambulance**

Sans prescription médicale, les frais de transport d'une personne assurée en direction ou en provenance d'un hôpital par un service d'ambulance licencié. Le transport par train ou par avion est également couvert à ce titre dans les cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de Beneva et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par le moyen de transport en question. Les traitements d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport sont également.

**e) Chirurgie esthétique à la suite d'un accident**

Les frais de chirurgie esthétique devenus nécessaires à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ de remboursement par accident. Les frais doivent être engagés au plus tard 36 mois après l'accident et les traitements avoir commencé au plus tard 12 mois après ledit accident.

**f) Soins dentaires à la suite d'une blessure accidentelle**

Que les soins soient prescrits ou non par un médecin, les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste pour traiter des lésions accidentelles aux dents naturelles, si elles sont survenues lorsque le patient était couvert par la présente garantie et pourvu que les frais soient engagés pour des soins reçus pendant les 12 mois qui suivent la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Les actes, traitements et prothèses liés à un implant ne sont pas couverts, quelle que soit leur nature.

**g) Prothèses externes et membres artificiels**

L'achat ou le remplacement de ces articles jusqu'à concurrence de 5 000 \$ de frais admissibles par membre ou prothèse, par 36 mois. Les prothèses capillaires, les lunettes, les lentilles cornéennes et les prothèses dentaires ne sont pas couvertes à ce titre.

**h) Prothèses auditives**

L'achat, le remplacement, la location, l'ajustement et la réparation de prothèses auditives, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par personne pour toute période de 48 mois consécutifs.

**i) Fauteuil roulant ou lit d'hôpital**

La location de ces articles, pour combler un besoin temporaire seulement. Les articles en question doivent être semblables à ceux qui sont habituellement en usage dans les centres hospitaliers. Les fauteuils roulants électriques et les lits d'hôpital électriques ne sont pas couverts.

**j) Radiographies incluant tomодensitométries, résonances magnétiques, électrocardiogrammes et analyses de laboratoire**

Les radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes qui sont effectués à des fins de prévention ou de diagnostic, sans qu'il y ait d'hospitalisation.

**k) Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, et autres appareils orthopédiques**

L'achat de ces articles. Dans le cas de brûlures graves, les bandages spéciaux sont aussi couverts lorsque prescrits et achetés dans le même contexte. De plus, les frais couverts pour les orthèses podiatriques sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

**l) Chaussures orthopédiques**

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées chaussures « orthétiques ». Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage, ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour compenser un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur de tous les permis d'usage. Les frais engagés pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi couverts. Les frais engagés pour des chaussures profondes ou des sandales ne sont pas couverts.

**m) Bas de contention**

L'achat de bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus, jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile, par personne assurée. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé et ils doivent servir au traitement d'une insuffisance du système veineux ou lymphatique.

**n) Appareils thérapeutiques**

La location d'équipements thérapeutiques ou l'achat de tels équipements lorsque ce dernier mode d'acquisition est plus économique. Les couches pour incontinence, sondes, cathéters et autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires en raison de la perte totale et irrécouvrable de l'usage d'un organe ou d'un membre sont couverts à ce titre. La présente garantie prévoit un remboursement viager maximal de 10 000 \$ par personne assurée et ne couvre pas les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, filtre d'air, humidificateur, climatiseur et autres appareils de même nature, ni les appareils de contrôle tels que réflectomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre, dextromètre et autres appareils de même nature.

**o) Pompe à insuline**

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin, jusqu'à concurrence de 7 500 \$ de remboursement par personne assurée, pour toute période de 60 mois consécutifs. Les frais engagés pour les accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une telle pompe sont aussi remboursables à ce titre.

**p) Neurostimulateurs transcutanés**

L'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation de neurostimulateurs transcutanés (ex. : T.E.N.S.), jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de frais admissibles par personne assurée, pour toute période de 60 mois consécutifs.

**q) Glucomètre**

L'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles pour toute période de 60 mois consécutifs. La personne assurée doit présenter un diabète insulino-dépendant. 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 Beneva.

**r) Articles pour stomie**

L'achat d'articles pour stomie prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par tout régime gouvernemental.

**s) Honoraires infirmiers**

Pour des soins requis à la suite d'une hospitalisation, les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier licenciés ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaires, dûment autorisés. La personne qui dispense les services doit ne pas résider ordinairement avec le patient et ne pas être parent avec lui. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour et jusqu'à concurrence de 3 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée.

**2.1.2 Exclusions, limitations et restrictions**

Le présent régime ne couvre pas les frais engagés suivants :

- Les frais payables en vertu d'une loi sociale, d'un régime d'assurance sociale ou de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif.
- Les frais liés à l'évaluation de la vue ou de l'ouïe, sauf si elle est nécessitée à la suite d'un accident.
- Si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus, y compris les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation, ou si la personne assurée n'aurait pas eu à payer les frais si elle n'avait été assurée.
- Les frais liés à une chirurgie esthétique dont la nécessité ne résulte pas d'un accident.
- Les frais engagés pour un examen médical périodique ou qui est subi à des fins d'emploi ou d'assurance.
- Si la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air.
- Les frais engagés par suite de toute guerre déclarée ou non ou de la participation active de la personne assurée à une insurrection ou à une émeute.
- Les frais engagés par suite de la participation active de la personne assurée à un crime.
- Les frais engagés après la fin du contrat, sous réserve des dispositions de prolongation de la protection.
- Les frais se rapportant à des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées.
- Les frais se rapportant à des services ou produits qui ne se conforment pas aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement.

- Les frais se rapportant à des services ou produits utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou, en l'absence de telles autorités, aux indications données par le fabricant.
- Les frais engagés pour des lunettes, des lentilles cornéennes ou des prothèses dentaires.
- Les frais qui excèdent le montant raisonnable normalement exigé pour les mêmes services ou produits dans la région où ils sont obtenus.

### **2.1.3 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Pour tout adhérent de moins de 65 ans qui devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, Beneva renonce au paiement des primes qui viennent à échéance à son égard, et cela dès qu'il a ou aurait eu droit aux prestations d'assurance revenu en cas d'invalidité totale.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité totale.

L'exonération des primes prévue aux articles précédents prend fin à la première des dates suivantes :

- La date de la fin de l'invalidité totale.
- La date de la retraite.
- La date du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.
- La date de la fin du présent contrat ou du présent régime.
- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent en vertu du présent régime, soit à l'expiration d'un délai de 30 mois après la date du début de l'exonération des primes.

L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à Beneva dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement; après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

#### **2.1.4 Droit de transformation**

Le droit de transformation permet à l'adhérent, à son conjoint et à ses enfants à charge, d'obtenir sans preuves d'assurabilité une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par Beneva et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition que la demande en soit faite par écrit au siège social de Beneva dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- l'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la fin du contrat; le droit de transformation peut alors être exercé pour l'adhérent, ainsi que pour son conjoint et ses enfants à charge s'ils étaient déjà couverts par la présente assurance;
- le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être considéré comme tel en vertu du présent contrat;
- l'adhérent décède.

#### **2.1.5 Prolongation de la protection**

a) Beneva remboursera les frais admissibles engagés pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date à laquelle prend fin l'assurance d'un adhérent totalement invalide et qui sont liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'invalidité totale, pourvu que :

- l'adhérent ait engagé avant la fin de l'assurance des frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'invalidité totale;
- l'invalidité totale se continue de façon ininterrompue.

b) Pour le conjoint assuré ou l'enfant à charge assuré qui sont hospitalisés pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date à laquelle prend fin l'assurance d'un adhérent, les frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'hospitalisation, pourvu que :

- l'adhérent ait engagé avant la fin de l'assurance des frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'hospitalisation;
- l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

## 2.2 RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION OU PERTE D'USAGE D'UN MEMBRE À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

Conformément aux dispositions de la présente garantie, Beneva s'engage à payer les prestations prévues au Tableau des pertes du présent régime, lorsqu'une personne assurée subit l'une des pertes couvertes par cette assurance, à condition que la personne soit effectivement couverte à cet égard à la date de la perte et que la maladie ou l'accident ayant entraîné l'amputation ou la perte d'usage du membre soit survenu lorsque la présente assurance était en vigueur. Pour ouvrir droit à des prestations, la perte doit aussi nécessiter l'adaptation de l'environnement immédiat de la personne (résidence principale ou moyen de transport) de façon à ce qu'elle puisse retrouver un niveau d'autonomie sociale lui permettant de vaquer aux activités essentielles de la vie quotidienne de façon sécuritaire et autonome. Le cas échéant Beneva versera l'un ou l'autre des montants prévus par le présent régime.

### 2.2.1 Prestations

Les montants de prestations payables en vertu de la présente garantie sont indiqués au Tableau des pertes. Elles ne peuvent toutefois pas dépasser 40 000 \$ par personne assurée, la vie durant.

Tableau des pertes	
Amputation ou perte d'usage totale et irrécouvrable	Montant de la prestation
• les 2 bras et les 2 jambes	40 000 \$
• les 2 jambes	40 000 \$
• 1 bras et 1 jambe	40 000 \$
• les 2 bras	40 000 \$
• un bras ou une jambe	20 000 \$
• la vue des 2 yeux	30 000 \$
• les 2 mains ou les 2 pieds	40 000 \$
• une main ou un pied	20 000 \$
• l'ouïe des 2 oreilles	10 000 \$
• la parole	10 000 \$
• le pouce et l'index	5 000 \$

### 2.2.2 Conditions préexistantes

Si une perte assurée survient plus de 24 mois après l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne, des prestations peuvent être payables même si la perte est attribuable à une maladie ou un accident qui sont survenus antérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne.

### **2.2.3 Amputation et perte d'usage d'un membre**

Par les mots « amputation » et « perte d'usage » on entend ce qui suit :

En ce qui concerne le bras et la jambe, la perte d'usage totale, permanente et irrécouvrable du bras ou de la jambe ou son amputation à l'articulation du coude ou du genou, ou au-dessus.

En ce qui concerne la main et le pied, la perte d'usage totale, permanente et irrécouvrable de la main ou du pied ou son amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville, ou au-dessus.

En ce qui concerne la vue, l'ouïe et la parole, la perte totale, permanente et irrécouvrable de la vue, de l'ouïe des 2 oreilles ou de la parole, à condition que cette perte ne puisse être compensée par l'usage d'une orthèse ou d'une prothèse.

### **2.2.4 Preuves et examens**

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de Beneva dans les 180 jours de la perte, à défaut de quoi aucune prestation ne sera payable.

Beneva a le droit de faire examiner toute personne assurée pour qui une demande de prestations est présentée.

Pour ouvrir droit aux prestations, la preuve de la perte doit être accompagnée d'une évaluation des besoins d'adaptation de l'environnement immédiat de la personne assurée (résidence principale ou moyen de transport) préparée par un ergothérapeute ou par tout autre professionnel habilité à la faire. L'évaluation doit comporter un échéancier et un engagement de réalisation des travaux d'adaptation.

### **2.2.5 Exclusions, limitations et restrictions**

Pour les pertes attribuables directement ou indirectement et entièrement ou partiellement à l'une des causes suivantes, aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie :

- Le suicide, la tentative de suicide ou les blessures que s'est intentionnellement causées la personne assurée, sans égard à son état d'esprit.
- La commission ou tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou sa participation à un tel acte.
- La participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection.
- La guerre ou la guerre civile, peu importe qu'elle soit déclarée ou non.
- Le service actif de la personne assurée dans des forces armées.
- Un voyage ou une envolée dans n'importe quel espèce d'aéronef lorsque la personne assurée est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à l'envolée.

- Pour toute perte ouvrant droit à des prestations en vertu de toute loi administrée par la CNESST ou par la SAAQ et pour tous les régimes correspondants de toute autre province et de tout autre pays.

## **2.3 SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE**

### **2.3.1 Services admissibles**

La personne assurée a accès à un service de télémédecine par le biais de la plateforme virtuelle du fournisseur de télémédecine de Beneva, dans le but d'obtenir des consultations médicales, des soins et d'autres services médicaux, à distance. La personne assurée doit être au Canada au moment d'utiliser ce service.

Les services suivants sont offerts par le fournisseur sans frais additionnels :

- consultations médicales par messagerie texte et vidéoconférence avec des infirmiers licenciés, des infirmiers praticiens et des médecins généralistes, mandatés par le fournisseur;
- référencement vers des médecins spécialistes mandatés par le fournisseur ou des médecins spécialistes externes exerçant en cliniques publiques ou privées;
- émission, renouvellement et traitement des prescriptions pouvant être livrées gratuitement partout au Canada;
- requêtes pour analyses de laboratoire et tests diagnostiques;
- accompagnement de la personne assurée vers les ressources appropriées du système de santé;
- accès au profil médical complet de la personne assurée auprès du fournisseur (accès aux conversations, plans de soins, prescriptions et références).

D'autres services sont offerts par le fournisseur avec frais additionnels, notamment des consultations par vidéoconférence avec des psychologues, des nutritionnistes, des diététiciens, des coachs professionnels et de vie et d'autres professionnels de la santé et du bien-être. Un reçu est émis pour les services avec frais additionnels. Vous pouvez soumettre une demande de remboursement à Beneva si ledit service est couvert par le présent régime.

### **2.3.2 Exclusions, limitations et restrictions**

Les exclusions, limitations et restrictions générales du régime d'assurance maladie de base s'appliquent.

### **2.3.3 Disponibilité des services**

Le maintien de l'offre du service de télémédecine est conditionnel au maintien d'une entente entre Beneva et le fournisseur de services de télémédecine et à la capacité de ce dernier d'offrir les services.

### **3- GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE**

---

L'adhérent a la possibilité de participer ou non à ces garanties optionnelles. Toutefois, s'il fait le choix d'y participer, il devra participer à la fois au régime d'assurance maladie complémentaire ET au régime d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée, indissociablement.

#### **3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

##### **3.1.1 Frais hospitaliers et maison de convalescence**

Lorsqu'une personne assurée en vertu de la présente garantie est admise dans un hôpital au Canada sur recommandation du médecin traitant et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, Beneva paie 100 % de la différence entre le coût quotidien d'une chambre semi-privée et ce qui est couvert selon la Loi sur l'assurance-hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Les frais engagés dans une maison de convalescence reconnue par Beneva sont couverts, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée n'est pas couverte par la présente assurance.

Les demandes de prestations concernant les séjours en établissements de soins de santé peuvent être présentées à Beneva sur un compte non acquitté.

##### **3.1.2 Soins à domicile**

Beneva s'engage à rembourser 100 % des frais admissibles qu'une personne assurée en vertu de la présente garantie engage pour des soins et services à domicile à la suite d'une hospitalisation au Canada ou d'une chirurgie d'un jour nécessitant une période de convalescence, sous réserve des dispositions qui suivent et à condition que la personne assurée soit alors incapable d'accomplir au moins l'une des activités quotidiennes de base prévues par le présente assurance. Les renseignements médicaux concernant la chirurgie ou l'hospitalisation, de même que la date à laquelle elle a été recommandée doivent être fournis par le médecin traitant. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des soins et services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse. De plus, les frais admissibles à cet égard sont limités à ceux de 2 périodes de convalescence par année civile par personne assurée. Les activités quotidiennes de base prévues par la présente assurance sont les suivantes :

- Préparer ses repas ou se nourrir.
- Rassembler ses vêtements ou s'habiller (par exemple, attacher ses chaussures ou boutonner une chemise).

- Utiliser les toilettes.
- Se coucher dans son lit, sortir de son lit, s’asseoir dans un fauteuil, se lever de son fauteuil ou se déplacer sans l’aide d’une canne ou d’une marchette.
- Entrer dans son bain ou sa douche ou en sortir, se laver.

Les frais admissibles à titre de frais pour soins à domicile sont ceux qui sont engagés pour les services suivants après la date d’entrée en vigueur de l’assurance. De plus, les frais ne sont admissibles qu’à l’égard des services suivants, et pourvu qu’ils soient rendus dans les 30 jours suivant la sortie de l’hôpital de la personne assurée :

**a) Services d’aide à domicile**

Jusqu’à concurrence d’un maximum global de 60 \$ de frais admissibles par jour, les **services d’assistance** pour accomplir une activité quotidienne de base, les services d’entretien ménager (entretien régulier du domicile, y compris le ménage, la vaisselle et la lessive), les services d’entretien de propriété (enlèvement de la neige et tonte de pelouse), la préparation des repas, l’accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Les services rendus par un fournisseur doivent être dispensés au domicile de la personne assurée, et le fournisseur doit ne pas être un membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne pas résider habituellement avec elle.

**b) Frais de garde d’enfants**

Jusqu’à concurrence d’un maximum global de 25 \$ de frais admissibles par jour, par unité familiale, les **frais de garde des enfants à charge** de l’adhérent à son domicile ou dans un service de garde.

La personne qui dispense les services de garde ne doit pas être membre de la famille immédiate de la personne assurée et ni résider habituellement avec elle. Les enfants pour qui les services de garde sont dispensés doivent avoir 13 ans ou moins et seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l’adhérent ou par son conjoint avant la période de convalescence sont admissibles.

**c) Frais de transport**

Jusqu’à concurrence des maximums suivants, les frais de transport que la personne assurée engage pour recevoir des soins médicaux ou obtenir un suivi médical consécutivement à l’hospitalisation ou à la chirurgie d’un jour, qu’il s’agisse du coût du déplacement par transport en commun ou en taxi ou le coût d’utilisation d’une automobile privée et les frais de stationnement : 3 déplacements (aller et retour) par semaine; 0,25 \$ du kilomètre pour l’utilisation d’une voiture privée; maximum global de 30 \$ par jour.

#### **d) Exclusions, limitations et restrictions spécifiques aux soins à domicile**

En plus des exclusions, limitations et restrictions qui s'appliquent à l'ensemble du régime, les frais suivants ne sont pas couverts :

- i) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour prévues avant l'entrée en vigueur de la présente assurance.
- ii) Les frais engagés lorsque la personne assurée est en mesure d'accomplir toutes les activités quotidiennes de base ou après qu'elle a recommencé à travailler.
- iii) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation résultant d'un accouchement, sauf dans le cas où la personne assurée demeure à l'hôpital pendant plus de 7 jours après son accouchement sur la recommandation du médecin traitant.

#### **3.1.3 Professionnels de la santé**

Beneva s'engage à rembourser 75 % des frais admissibles qu'une personne assurée en vertu de la présente garantie engage pour les soins et services suivants, sous réserve d'un maximum de remboursement global de 1 500 \$ par année civile par personne assurée.

- a) Les services professionnels de **chiropraticien**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par radiographie. L'examen initial effectué par le chiropraticien est considéré au même titre qu'un traitement, même s'il est effectué le même jour.
- b) Les traitements d'**ergothérapie**, d'**orthophonie** et d'**audiologie**.
- c) Les traitements de **physiothérapie**.
- d) Les traitements ou consultations d'**ostéopathe**, d'**homéopathe**, de **podiatre**, d'**acupuncteur** ou de **diététiste**.

Les traitements ou consultations d'un **diététiste** nécessitent une recommandation médicale pour être admissibles.

- e) Les traitements ou consultations de **naturopathe**. Les frais admissibles à ce titre sont ceux qui sont liés à un bilan de santé, à des conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques et toute autre consultation non reconnue par Beneva ne sont pas couverts par l'assurance.
- f) Les soins ou services professionnels d'un **conseiller en orientation** ou **psychoéducateur**, de **psychothérapeute**, de **psychiatre**, de **psychanalyste**, de **psychologue** ou d'un **travailleur social**.

**Les conditions suivantes doivent toutes s'appliquer pour que les frais décrits à la présente section puissent être admissibles :**

- Les frais ne doivent pas être couverts en vertu d'autres garanties de la police.

- À moins d'indication contraire, les services doivent être prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.
- Les services doivent être rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de la corporation professionnelle appropriée ou, si telle corporation n'existe pas, d'une association professionnelle reconnue par Beneva.
- Le professionnel de la santé et la personne assurée doivent ne pas résider habituellement sous le même toit ni être parents l'un de l'autre.
- Seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts mais non les produits qu'il fournit.
- À moins d'indication contraire, l'assurance ne couvre pour une même personne assurée qu'un seul traitement par jour par type de professionnel.

### 3.1.4 Exclusions, limitations et restrictions

Le présent régime ne couvre pas les frais engagés suivants :

- Les frais payables en vertu d'une loi sociale, d'un régime d'assurance sociale ou de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif.
- Les frais liés à l'évaluation de la vue ou de l'ouïe, sauf si elle est nécessitée à la suite d'un accident.
- Si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus, y compris les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation, ou si la personne assurée n'aurait pas eu à payer les frais si elle n'avait été assurée.
- Les frais liés à une chirurgie esthétique dont la nécessité ne résulte pas d'un accident.
- Les frais engagés pour un examen médical périodique ou qui est subi à des fins d'emploi ou d'assurance.
- Si la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air.
- Les frais engagés par suite de toute guerre déclarée ou non ou de la participation active de la personne assurée à une insurrection ou à une émeute.
- Les frais engagés par suite de la participation active de la personne assurée à un crime.
- Les frais engagés après la fin du contrat, sous réserve des dispositions de prolongation de la protection.
- Les frais se rapportant à des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées.

- Les frais se rapportant à des services ou produits qui ne se conforment pas aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement.
- Les frais se rapportant à des services ou produits utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou, en l'absence de telles autorités, aux indications données par le fabricant.
- Les frais engagés pour des lunettes, des lentilles cornéennes ou des prothèses dentaires.
- Les frais qui excèdent le montant raisonnable normalement exigé pour les mêmes services ou produits dans la région où ils sont obtenus.

### **3.1.5 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Lorsqu'un adhérent est exonéré du paiement des primes du régime de base d'assurance maladie du présent contrat, il est aussi exonéré du paiement des primes du présent régime, sous réserve des mêmes conditions.

### **3.1.6 Droit de transformation**

Le droit de transformation permet à l'adhérent, à son conjoint et à ses enfants à charge, d'obtenir sans preuves d'assurabilité une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par Beneva et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition que la demande en soit faite par écrit au siège social de Beneva dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- l'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la fin du contrat; le droit de transformation peut alors être exercé pour l'adhérent, ainsi que pour son conjoint et ses enfants à charge s'ils étaient déjà couverts par la présente assurance;
- le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être considéré comme tel en vertu du présent contrat;
- l'adhérent décède.

### **3.1.7 Prolongation de la protection**

- a) Beneva remboursera les frais admissibles engagés pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date à laquelle prend fin l'assurance d'un adhérent totalement invalide et qui sont liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'invalidité totale, pourvu que :
  - l'adhérent ait engagé avant la fin de l'assurance des frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'invalidité totale;
  - l'invalidité totale se continue de façon ininterrompue.

- b) Pour le conjoint assuré ou l'enfant à charge assuré qui sont hospitalisés pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date à laquelle prend fin l'assurance d'un adhérent, les frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'hospitalisation, pourvu que :
- l'adhérent ait engagé avant la fin de l'assurance des frais admissibles liés à la maladie, l'accident ou la grossesse qui a causé l'hospitalisation;
  - l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

### 3.2 RÉGIME D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Beneva s'engage à payer des prestations mensuelles à l'adhérent atteint d'invalidité totale pendant une durée supérieure au délai de carence et qui était déjà assuré par la présente garantie au début de son invalidité totale. Les prestations en question sont déterminées suivant les dispositions du présent régime. Le délai de carence ne s'applique qu'une fois par même période d'invalidité totale. La première prestation mensuelle est versée un mois après l'expiration du délai de carence et les autres le sont de mois en mois par la suite tant que subsiste l'invalidité totale.

#### 3.2.1 Définitions

Pour les besoins du présent régime, les termes ci-après mentionnés ont la signification suivante :

**Période P2 :** la période couvrant les 52 premières semaines de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur.

**Période P3 :** la période s'étendant de la 53<sup>e</sup> à la 104<sup>e</sup> semaine de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur.

#### Traitement net :

- a) Le traitement net est égal au traitement moins les cotisations à l'assurance-emploi, à l'assurance parentale, à l'assurance collective (estimée à 0,75 % du traitement), à l'Association (estimée à 0,8 % du traitement), au Régime de rentes du Québec, au régime de retraite de l'employeur, de même que les impôts provincial et fédéral.
- b) Les formules utilisées pour déterminer la cotisation annuelle à l'assurance-emploi, l'assurance parentale et au Régime de rentes du Québec sont celles prévues par ces régimes, et ce, sans égard à ce que l'employé cotise ou non à ces régimes.
- c) Concernant le régime de retraite de l'employeur, la cotisation de l'employé utilisée pour le calcul du traitement net est basée sur le taux de cotisation en vigueur au moment de chacun des calculs de prestation, soit au début de la période P2, de la période P3 et de la période où l'adhérent ne reçoit plus de prestations d'assurance traitement de l'employeur.

- d) Durant les périodes « P2 » et « P3 », les impôts sont déterminés selon les lois et règlements en vigueur en tenant compte des exemptions de base telles qu'enregistrées auprès de l'employeur. Comme la prestation durant les périodes « P2 » et « P3 » est évolutive, l'impôt à payer est réévalué durant ces périodes en fonction des règles alors en vigueur.
- e) Après la période « P3 », les impôts sont déterminés selon les lois et règlements en vigueur en tenant compte des exemptions de base auxquelles l'adhérent a droit pour lui-même et pour ses personnes à charge. Ces exemptions doivent être celles acceptées dans la déclaration de revenus que l'adhérent a soumis au ministère du Revenu du Québec pour la période fiscale au cours de laquelle la période « P3 » se termine.

### 3.2.2 Délai de carence

Le délai de carence prend fin à la dernière des dates suivantes :

- a) Six mois après le début de l'invalidité totale.
- b) À l'épuisement de la banque de congés de maladie accumulés, lorsque cela est possible en vertu des conditions de travail.

### 3.2.3 Période de prestations

La rente mensuelle fixée par le présent régime est payable tant que dure l'invalidité totale.

### 3.2.4 Montant des prestations

#### Avant l'âge de 65 ans

#### **a) Après l'épuisement du délai de carence alors que la personne adhérente invalide reçoit des prestations d'assurance traitement de l'employeur**

Beneva verse une rente mensuelle égale au complément nécessaire pour atteindre 90 % du traitement net de la personne adhérente.

Le traitement servant de base de calcul à la rente mensuelle de Beneva est le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Dans le cas d'un **congé partiel sans traitement** ou d'une **retraite graduelle**, les prestations sont payables sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent s'il avait été au travail à temps plein et à plein traitement.

#### **b) Lorsque la personne adhérente invalide ne reçoit plus les prestations d'assurance traitement de l'employeur**

Beneva verse une rente mensuelle égale à 90 % du traitement net de la personne adhérente.

Le traitement servant de base de calcul à la rente mensuelle de Beneva est celui ayant servi de base à l'établissement des dernières prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Dans le cas d'un **congé partiel sans traitement** ou d'une **retraite graduelle**, les prestations sont payables sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent s'il avait été au travail à temps plein et à plein traitement.

### c) **Coordination des prestations**

Le montant de la rente mensuelle de Beneva est réduit de :

- Tout montant net de rente, indemnité ou avantage payable par le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou par un autre régime de retraite de l'employeur, le Régime de rentes du Québec (RRQ) (sauf en ce qui concerne les rentes payables aux enfants d'un cotisant invalide), la loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, la loi visant à favoriser le civisme, la loi sur l'assurance automobile et toute autre loi.
- Toute prestation nette payable en vertu de toute politique de continuation de traitement ou de congé de maladie.
- Toute cotisation syndicale exigible de l'adhérent en vertu d'une convention le liant au Preneur.

Les montants ou prestations nets décrits aux points précédents sont calculés à partir des montants ou prestations bruts desquels l'impôt est déduit, et cela en fonction d'une table d'intégration qui tient compte des impôts fédéral et provincial, de l'exemption de base de l'employé, et de ses personnes à charge s'il y a lieu, du crédit pour personne vivant seule et du crédit pour personne invalide.

Aucune prestation n'est versée à la personne adhérente invalide qui a droit à une rente de retraite avant 65 ans, dont le nombre d'années de service reconnu pour la détermination de sa rente de retraite est de 35 ans et qui participe :

- Au RRE ou au RRF;

ou

- Au RREGOP et a atteint l'âge de 60 ans à la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Dans le cas d'un adhérent invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite, les prestations de Beneva sont déterminées comme si tel remboursement n'avait pas eu lieu.

### **À compter du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance**

Pour la personne adhérente totalement invalide recevant des prestations du présent régime immédiatement avant son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, Beneva s'engage à verser une rente mensuelle jusqu'à son décès, ou jusqu'à la fin de son invalidité totale le cas échéant. Le montant de la rente mensuelle est alors recalculé de façon à remplacer le manque à gagner pour atteindre 90 % de la rente nette qu'aurait reçu l'adhérent en vertu du RREGOP, du RRPE, du RRF ou du RRE s'il était demeuré au travail jusqu'à l'âge de 65 ans.

La formule pour le calcul de la rente payable tient compte des impôts fédéral et provincial, selon un facteur déterminé apparaissant au contrat d'assurance de même que de l'estimation par Beneva du montant de pension qu'aurait reçu l'adhérent n'eût été de son invalidité en vertu des régimes de retraite de l'employeur.

#### **3.2.5 Indexation des prestations**

Le montant de la rente mensuelle payable, lorsque la personne adhérente invalide ne reçoit plus de prestations de son employeur, est ajusté le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année selon les mêmes modalités que celles du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un ajustement maximum de 4 % par année.

#### **3.2.6 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité totale, que la police soit en vigueur ou non.

L'exonération des primes est accordée sans qu'il soit nécessaire de fournir de preuves à Beneva, et cela dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail, et elle se poursuit pendant la période d'invalidité donnant droit à ces prestations. Après l'expiration de la période en question, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du présent régime ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu du présent régime.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la SAAQ ou de la CNESST, l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

#### **3.2.7 Dispositions particulières**

##### **Absence temporaire sans traitement**

Si une invalidité survient durant une absence temporaire sans traitement alors que l'adhérent a maintenu sa participation au présent régime, le délai de carence s'applique à compter de la date prévue de retour au travail de l'adhérent et les prestations sont établies sur la base du traitement de l'adhérent le jour précédent le début de l'absence temporaire sans traitement.

### Congé partiel sans traitement

Si une invalidité survient durant un congé partiel sans traitement, les prestations payables en vertu du présent régime sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent s'il était au travail à temps plein et à plein traitement et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement.

### Régime de congé à traitement différé

Si une invalidité survient durant une période de participation au régime de congé à traitement différé alors que l'adhérent a maintenu sa participation au régime décrit à la présente clause, les prestations payables sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au régime de congé à traitement différé et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement. Si l'invalidité survient durant la période de congé du régime de congé à traitement différé, le délai de carence s'applique alors à compter de la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

### Congédiement contesté par voie de grief

Si une invalidité survient durant une période de congédiement contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail alors que l'adhérent a maintenu sa participation au présent régime, telle invalidité est reconnue et le délai de carence s'applique à compter de la date réelle du début de l'invalidité.

### Grève ou lock-out

Si une invalidité survient durant une grève ou un lock-out alors que l'assurance est demeurée en vigueur, le délai de carence s'applique à compter du jour suivant la date de fin de la grève ou du lock-out.

### Autres dispositions

- a) Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la **retraite progressive**, son assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Les prestations sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé.
- b) Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la **préretraite graduelle**, l'assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé. De plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

- c) Lorsqu'un adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au **travail à temps réduit** ou lorsqu'il participe à un régime de **congé à traitement différé**, tous les régimes d'assurance collective demeurent en vigueur même pendant la période d'absence. Les prestations sont alors payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

### 3.2.8 Réadaptation

Un adhérent invalide peut, avec l'approbation de Beneva, s'engager dans un travail de réadaptation, tout en continuant à bénéficier de la présente garantie relativement à son invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail demeure un travail de réadaptation. Les prestations payables par Beneva pendant cette période de réadaptation sont alors réduites de 50 % de la rémunération nette provenant du travail de réadaptation.

### 3.2.9 Exclusions, limitations et restrictions

Beneva n'engage aucune obligation relativement à toute période d'invalidité totale d'un adhérent :

- a) Résultant d'une guerre déclarée ou non ou de la participation active de l'adhérent à une émeute ou à une insurrection;
- b) Résultant d'une blessure ou d'une mutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de l'adhérent;
- c) Résultant de la participation active de l'adhérent à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel;
- d) Résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf toute période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation. La fin des traitements ne prive pas l'adhérent réhabilité du droit aux prestations si une invalidité totale persiste et est démontrée à la satisfaction de Beneva;
- e) Résultant de service dans les forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air;
- f) Résultant de traitements esthétiques. Toutefois, Beneva accepte de couvrir les périodes d'invalidité totale qui découlent de complications médicales faisant suite à des traitements esthétiques. Les périodes exclues demeurent celles pendant lesquelles dure le traitement, y compris les périodes normales de recouvrement liées au traitement;
- g) Pendant laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf dans les cas de réadaptation expressément prévus par le présent régime;
- h) Qui ouvre droit à des indemnités en vertu d'une garantie d'assurance traitement en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu du présent régime;

- i) Pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf dans le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de Beneva;
- j) Survenant alors que l'adhérent a atteint 34 ½ ans de service auprès de son employeur aux fins du régime de retraite (RRF ou RRE) ou l'âge de 64 ½ ans ou plus ou après 34 ½ de participation au RREGOP ou au RRPE.

### 3.2.10 Preuves

L'adhérent doit faire parvenir un avis écrit au siège social de Beneva avant la fin du 4<sup>e</sup> mois suivant le début de l'invalidité totale. Sur demande de Beneva, il doit aussi lui faire parvenir des preuves des événements ayant causé l'invalidité totale et des preuves de l'invalidité totale elle-même. Par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que Beneva le demande. Cependant, lorsqu'un rapport médical vient confirmer que l'invalidité totale est stationnaire, des preuves de continuation de l'invalidité n'ont à être soumises à Beneva qu'une fois l'an, et cela tant qu'aucun rapport médical ultérieur ne vienne infirmer le précédent.

Le fait pour l'adhérent de ne pas fournir à Beneva toutes les preuves supplémentaires demandées ou de ne pas se soumettre à un examen médical dont Beneva détermine la date au moment où il en fait la demande par écrit prive l'adhérent du droit de retirer des prestations en vertu de la présente garantie relativement à l'invalidité en cause. Cela s'applique à la période débutant 31 jours après la date de la demande écrite de Beneva jusqu'à ce que celui-ci reçoive les preuves supplémentaires ou le rapport de l'examen médical demandé. Toutefois, si l'adhérent ne se soumet pas à la demande de Beneva dans un délai de 6 mois, son droit aux prestations d'invalidité totale lui est retiré rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par Beneva, à moins qu'il soit dans l'impossibilité physique ou mentale de fournir à Beneva les preuves demandées.

## 4- GARANTIES OPTIONNELLES D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

### 4.1 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

#### 4.1.1 Assurance vie de l'adhérent de moins de 65 ans

Au décès d'un adhérent de moins de 65 ans qui est assuré par la présente garantie, Beneva s'engage à payer à son bénéficiaire désigné une prestation d'assurance vie de base égale à 1 fois son traitement annuel arrondi au multiple de 5 \$ le plus proche. Cette assurance est disponible sans preuve d'assurabilité lorsque l'adhérent y adhère dans les 30 jours de son admissibilité et qu'il a moins de 45 ans.

En plus du montant d'assurance vie de base indiqué au paragraphe précédent, chaque adhérent peut opter pour un montant additionnel d'assurance égal à 1, 2 ou 3 fois son traitement annuel, selon le choix de l'adhérent. Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus proche. Cette assurance prend aussi fin au plus tard lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans. Lorsque l'adhérent y adhère dans les 30 jours de son admissibilité, elle est disponible avec ou sans preuves d'assurabilité, selon le tableau suivant. Par la suite, des preuves sont toujours requises.

Âge de l'adhérent	Multiple du traitement annuel		
	Une fois	Deux fois	Trois fois
Moins de 30 ans	Sans preuves	Sans preuves	Avec preuves
30 à 34 ans	Sans preuves	Avec preuves	Avec preuves
35 à 44 ans	Avec preuves	Avec preuves	Avec preuves
45 ans et plus	Avec preuves	Avec preuves	Avec preuves

#### 4.1.2 Assurance vie de l'adhérent de 65 ans ou plus

L'adhérent qui demeure au service de l'employeur au moment où il atteint l'âge de 65 ans peut continuer d'être assuré par la présente garantie, mais pour un montant de 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % de son traitement annuel, à son choix. Pour ce faire, il doit verser à Beneva la totalité de la prime exigible et retourner le formulaire prescrit à cette fin dans les 30 jours qui suivent la date de l'avis de Beneva. Le cas échéant, la nouvelle assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle il a atteint l'âge de 65 ans.

Si l'adhérent ne retourne pas le formulaire prescrit dans les délais prévus, il est réputé continuer sa participation au présent régime pourvu qu'il verse à Beneva la totalité de la prime exigible. Le montant de l'assurance ainsi maintenue est égal à 100 % de son traitement annuel.

Dans tous les cas, à compter du 70<sup>e</sup> et du 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant de l'assurance de la présente garantie ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % de son traitement annuel.

#### **4.1.3 Limitation en cas de suicide**

Si l'adhérent se suicide au cours des 12 mois suivant l'entrée en vigueur d'un montant d'assurance en vertu de la présente garantie, ce montant n'est pas payable s'il a été demandé plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérent.

#### **4.1.4 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité totale, que la police soit en vigueur ou non, mais au plus tard jusqu'à son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Le montant d'assurance est établi en fonction du traitement de l'adhérent au début de son invalidité totale. Toutefois, le montant d'assurance vie de base de l'adhérent est indexé de 4 % le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à compter du 1<sup>er</sup> janvier qui suit le début de l'exonération.

L'exonération des primes est accordée sans qu'il soit nécessaire de fournir de preuves à Beneva, et cela dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail, et elle se poursuit pendant la période d'invalidité donnant droit à ces prestations. Après l'expiration de la période en question, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime optionnel.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la SAAQ ou de la CNESST, l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

#### **4.1.5 Droit de transformation**

Si l'assurance vie d'un adhérent de moins de 65 ans prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce qu'il cesse de faire partie du groupe avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, il a le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, il doit toutefois en faire la demande par écrit à Beneva au plus tard 31 jours après son départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il peut obtenir sont alors les suivantes :

- Une assurance vie comparable à l'assurance collective quant au montant et à la durée, mais qui n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que l'adhérent détient, peu importe que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée au paragraphe précédent.

Le droit de transformation ne s'applique pas à l'adhérent qui prend sa retraite.

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

Si l'adhérent décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation et que son assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie qu'il était en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Si le contrat collectif a pris fin sans être remplacé ou en étant remplacé par un contrat collectif offrant un montant d'assurance moindre, l'adhérent peut se prévaloir du droit de transformation s'il a été couvert sans interruption par la présente garantie depuis au moins 5 ans. Dans ce cas, le montant d'assurance transformable en vertu de l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie qu'il détient est limité à 10 000 \$ ou 25 % du montant détenu à la fin du contrat, selon le plus élevé de ces deux montants.

Dans tous les cas de transformation de la présente assurance, 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 l'adhérent et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de son départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à son assurance. Beneva doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'adhérent a quitté le groupe.

#### **4.1.6 Paiement anticipé**

Si l'adhérent est totalement invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre le moindre de 25 000 \$ ou 50 % de son assurance vie peut lui être versée. Si la demande de prestation est demandée dans les 24 mois précédant une date prévue de réduction du montant d'assurance, le paiement anticipé ne pourra être supérieur à 50 % du montant obtenu après application de la réduction; si la demande est présentée dans les 24 mois précédant la date prévue de la fin de l'assurance, l'adhérent ne pourra pas obtenir de paiement anticipé. Dans tous les cas, la demande doit faire l'objet d'une acceptation par Beneva et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- L'adhérent doit avoir présenté une demande écrite à cet effet à Beneva.
- L'exonération des primes d'assurance vie de l'adhérent doit être en cours.
- L'adhérent doit prouver que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de sa demande.
- L'adhérent doit avoir obtenu le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, si ce bénéficiaire est irrévocable.

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent 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 au décès de l'adhérent.

## 4.2 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Lorsqu'un adhérent de moins de 65 ans décède et que son décès est causé directement et indépendamment de toute autre cause par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels, et pourvu qu'il survienne dans les 365 jours de la date de l'accident et que l'adhérent ait été couvert par la présente garantie à la date de cet accident et que des preuves soient présentées à Beneva dans les 90 jours du décès, Beneva paiera, conformément aux dispositions de la présente police, un montant d'assurance égal à une fois son traitement annuel, arrondi au 5 \$ le plus proche.

### 4.2.1 Exclusions, limitations et restrictions

Le présent régime ne couvre aucun décès attribuable directement ou indirectement et entièrement ou partiellement à l'une des causes suivantes :

- a) Un suicide, une tentative de suicide ou des blessures volontaires, sans égard à l'état d'esprit de l'adhérent.
- b) La participation active de l'adhérent à un acte criminel ou sa tentative de commettre un acte criminel.
- c) Une émeute, une insurrection, des hostilités ou une guerre, peu importe qu'elle soit déclarée ou non.
- d) Un voyage ou une envolée dans n'importe quelle espèce d'aéronef, lorsque l'adhérent agit comme membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à l'envolée.
- e) 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), empoisonnement ou intoxication, sauf dans les cas découlant d'un accident de travail.
- f) Le service actif de l'adhérent dans des forces armées.

### 4.2.2 Exonération des primes en cas d'invalidité

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité totale, que la police soit en vigueur ou non, mais au plus tard jusqu'à son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Le montant d'assurance est celui qui était en vigueur au moment où l'adhérent est devenu totalement invalide.

L'exonération des primes est accordée sans qu'il soit nécessaire de fournir de preuves à Beneva, et cela dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail, et elle se poursuit pendant la période d'invalidité donnant droit à ces prestations. Après l'expiration de la période en question, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime optionnel.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la SAAQ ou de la CNESST, l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

### **4.3 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE**

#### **4.3.1 Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge**

Au décès d'une personne assurée en vertu du présent régime, Beneva s'engage à verser les montants suivants à l'adhérent :

- Conjoint : 6 000 \$
- Enfant à charge âgé de 24 heures ou plus : 6 000 \$

#### **4.3.2 Assurance vie additionnelle du conjoint**

L'adhérent dont le conjoint et les enfants à charge sont assurés en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge peut obtenir un montant additionnel d'assurance sur la vie de son conjoint en soumettant à Beneva des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par ce dernier.

Les montants additionnels de protection disponibles sont les suivants :

• pour le conjoint d'un adhérent âgé de moins de 65 ans	1 à 10 unités de 10 000 \$
• pour le conjoint d'un adhérent âgé de 65 ans et plus	1 unité de 10 000 \$

#### **4.3.3 Limitation en cas de suicide**

Si une personne assurée se suicide au cours des 12 mois suivant l'entrée en vigueur d'un montant d'assurance en vertu de la présente garantie, ce montant n'est pas payable s'il a été demandé plus de 30 jours après la date d'admissibilité de cette personne.

#### **4.3.4 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, l'assurance de son conjoint et de ses enfants à charge son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité totale, que la police soit en vigueur ou non, mais au plus tard jusqu'à son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Le montant d'assurance est celui qui était en vigueur au moment où l'adhérent est devenu totalement invalide.

L'exonération des primes est accordée sans qu'il soit nécessaire de fournir de preuves à Beneva, et cela dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance prévues à ses conditions de travail, et elle se poursuit pendant la période d'invalidité donnant droit à ces prestations. Après l'expiration de la période en question, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime optionnel.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la SAAQ ou de la CNESST, l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

#### **4.3.5 Droit de transformation**

Si l'assurance vie d'une personne de moins de 65 ans prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que l'adhérent cesse de faire partie du groupe avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, cet adhérent a le droit de demander la transformation totale ou partielle de l'assurance en question en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver l'assurabilité de la personne concernée. Ce droit est aussi accordé à la personne dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse de répondre à la définition de conjoint ou d'enfant à charge. Dans tous les cas, toutefois, l'exercice du droit de transformation doit se faire par écrit à Beneva au plus tard 31 jours après la fin de l'assurance. Les assurances individuelles qui peuvent être obtenues sont les suivantes :

- Une assurance vie comparable à l'assurance collective quant au moment et à la durée, mais qui n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des montants d'assurance collective détenus sur la vie de la personne, peu importe que ces montants soient détenus à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée au paragraphe précédent.

Le droit de transformation ne s'applique pas si le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être admissible à l'assurance à la suite de la retraite de l'adhérent.

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

Si une personne assurée décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle il était possible de demander la transformation de son assurance, mais alors que son assurance n'avait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie qu'il était possible de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation de la présente assurance, 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 assurée et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de la fin de son assurance, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à son assurance. Beneva doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'assurance a pris fin.

## 4.4 RÉGIME OPTIONNEL – ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DE L'ADHÉRENT

### 4.4.1 Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, Beneva s'engage à payer un pourcentage du montant d'assurance, conformément à ce qui est indiqué à l'article intitulé « Liste des maladies graves couvertes par l'assurance », si vous souffrez d'une des maladies graves prévues au tableau en question et que celle-ci est diagnostiquée pour la première fois de façon non équivoque et définitive lorsque vous êtes couvert par la présente garantie.

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

Pour être admissible à des prestations, vous devez survivre à une période d'au moins 30 jours de participation à l'assurance de la présente garantie à partir de la date où le diagnostic est établi. Cette période de 30 jours ne s'applique pas lorsque la durée prévisible de la maladie grave admissible est supérieure à 30 jours.

### 4.4.2 Définitions

Pour les besoins du présent régime, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

**Maladie grave** : Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme qui, pendant que l'assurance de la personne assurée est en vigueur, donne lieu à un premier diagnostic de l'une des maladies couvertes par l'assurance selon ce qui est indiqué à l'article intitulé « Liste des maladies graves couvertes par l'assurance » de la présente garantie. De plus, pour que la maladie ainsi diagnostiquée soit reconnue comme une maladie grave aux fins du régime, un médecin spécialiste doit confirmer qu'elle répond aux critères indiqués à l'article en question.

**Médecin spécialiste** : Se dit d'un médecin autorisé à pratiquer la spécialité appropriée aux soins dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

### 4.4.3 Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie correspond à une fois le traitement annuel de l'adhérent arrondi au multiple de 5 \$ le plus proche. Cette assurance est disponible sans preuve d'assurabilité lorsque l'adhérent y adhère dans les 30 jours de son admissibilité.

Le montant de la prestation payable pour une maladie donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance de la présente garantie. Ce pourcentage est prévu ci-après à l'article intitulé « Liste des maladies graves couvertes par l'assurance ». Si l'une des maladies graves en entraîne d'autres, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie pour l'ensemble de ces maladies est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie.

#### 4.4.4 Liste des maladies graves couvertes par l'assurance

Les conditions médicales pouvant être considérées comme des maladies graves aux fins de la présente assurance sont décrites au présent article. Les pourcentages se rapportent au montant d'assurance décrit plus haut.

*Affections du motoneurone – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

Dans les cas suivants seulement, l'état de la personne est reconnu comme maladie grave aux fins du régime : amyotrophie spinale progressive; paralysie bulbaire progressive; paralysie pseudo-bulbaire; sclérose latérale amyotrophique; sclérose latérale primitive.

*Dystrophie musculaire – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire. Les anomalies doivent avoir persisté pendant au moins 6 mois consécutifs depuis la date du diagnostic.

*Maladie d'Alzheimer – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par une détérioration évidente et progressive de la mémoire et de la faculté de raisonner et de percevoir, de comprendre, d'exprimer et de donner suite à ses idées. Une surveillance quotidienne doit être nécessaire.

*Maladie de Parkinson – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

L'état de la personne doit être caractérisé de manière importante et permanente par une détérioration neurologique ou une diminution des fonctions cognitives. Une surveillance quotidienne doit être nécessaire.

*Paralysie – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par la perte complète et permanente de l'usage de 2 membres. Cet état doit avoir persisté pendant au moins 90 jours consécutifs depuis l'événement qui a entraîné la paralysie et il doit n'y avoir eu aucun signe d'amélioration au cours de cette période.

*Sclérose en plaques – Pourcentage du montant d'assurance : 100 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par deux épisodes de faits cliniques et par des anomalies neurologiques distinctes et bien définies, elles-mêmes étant caractérisées par des plaques disséminées de démyélinisation dans le cerveau ou la moelle épinière et laissant des séquelles. Les anomalies doivent avoir persisté pendant au moins 6 mois consécutifs depuis la date du diagnostic.

*Cécité – Pourcentage du montant d'assurance : 75 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par la perte complète et permanente de la vue des 2 yeux.

*Accident vasculaire cérébral (AVC) – Pourcentage du montant d'assurance : 50 %*

L'accident vasculaire cérébral doit être grave et survenir à la suite d'une thrombose, d'une hémorragie ou d'une embolie de source extra-crânienne laissant des séquelles neurologiques d'une durée de plus de 30 jours avec paralysie ou tout autre déficit neurologique objectif et mesurable. Exclusion : Les attaques ischémiques cérébrales transitoires ne sont pas couvertes par cette assurance.

*Amputation – Pourcentage du montant d'assurance : 50 %*

Dans les cas suivants seulement, l'amputation est reconnue aux fins du régime : s'il y a amputation de la main à l'articulation du poignet ou au-dessus; s'il y a amputation du pied à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

*Déficience rénale – Pourcentage du montant d'assurance : 50 %*

La déficience doit être au stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des 2 reins. Des traitements par dialyse régulière, par dialyse péritonéale ou par greffe rénale doivent être nécessaires.

*Réception d'organe vital par transplantation – Pourcentage du montant d'assurance : 50 %*

Dans les cas de transplantation des organes suivants seulement, l'état de la personne est reconnu comme maladie grave aux fins du régime : cœur; foie; moelle osseuse; pancréas; poumon; rein.

*Cancer – Pourcentage du montant d'assurance : 35 %*

Le cancer doit être révélé par la présence d'une tumeur maligne caractérisée par une prolifération cellulaire anarchique envahissant les tissus (métastases). Exclusion : Les cancers classifiés T1, N0, M0, selon la classification internationale TNM, soit avec tumeur localisée de classe 1, sans ganglions ni métastases, ne sont pas couverts par cette assurance.

*Coma – Pourcentage du montant d'assurance : 35 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par un état d'inconscience avec absence de réactions aux stimuli externes ou aux besoins internes. Cet état doit durer 15 jours ou plus et nécessiter l'utilisation d'un système de soutien vital.

*Infarctus du myocarde – Pourcentage du montant d'assurance : 35 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par une nécrose d'une partie du muscle cardiaque liée à l'insuffisance de la circulation sanguine. De plus, le diagnostic doit être fondé sur les trois éléments suivants : un épisode de douleur thoracique typique; des modifications électrocardiographiques récentes confirmant le diagnostic; une élévation du taux d'enzymes cardiaques.

*Mutité – Pourcentage du montant d'assurance : 25 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par la perte complète et permanente de l'usage de la parole par suite d'une maladie physique et avoir persisté pendant au moins 6 mois consécutifs.

*Surdité – Pourcentage du montant d'assurance : 25 %*

L'état de la personne doit être caractérisé par la perte complète et permanente de l'ouïe des 2 oreilles.

#### **4.4.5 Exclusions, limitations et restrictions**

Cette garantie ne couvre pas les conditions médicales ayant déjà fait l'objet d'un paiement de prestations en vertu de la présente garantie ni celles qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que la personne assur e commet ou tente de commettre;
- b) la participation active de la personne assur e à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, d clar e ou non;
- d) le service actif de la personne assur e dans des forces arm es;
- e) l'usage d'alcool ou de drogue par la personne assur e;
- f) un accident ou un traumatisme que subit la personne assur e;
- g) une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assur e;
- h) des blessures que la personne assur e s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- i) une condition médicale diagnostiqu e lorsque la personne n'est pas couverte par la présente garantie.

Si, dans les 36 mois précédant l'entrée en vigueur de son assurance en cas de maladie grave, la personne assur e a consulté un médecin relativement aux symptômes d'une condition médicale, ou si elle a alors été examin e ou trait e 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.

#### **4.4.6 Exonération des primes en cas d'invalidité**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité totale, mais au plus tard jusqu'à son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou jusqu'à la fin de la garantie, selon la première des occurrences. Le montant d'assurance est établi en fonction du traitement de l'adhérent au début de son invalidité totale.

L'exonération des primes est accordée sans qu'il soit nécessaire de fournir de preuves à Beneva, et cela dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail, et elle se poursuit pendant la période d'invalidité donnant droit à ces prestations. Après l'expiration de la période en question, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime optionnel.

Pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la SAAQ ou de la CNESST, l'exonération des primes est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

## 5- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

---

### 5.1 DÉFINITIONS

Dans la présente brochure, chaque fois que le contexte le permet, les termes définis ci-après doivent être interprétés en conséquence.

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

**Adhérent** : Tout employé ou retraité qui est assuré par l'un ou l'autre des régimes décrits dans la présente police.

**Âge** : Âge atteint au dernier anniversaire de naissance.

**Alcoolisme ou toxicomanie** : Intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se passer d'alcool ou de drogues sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

**Association** : Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec (APIGQ).

**Chirurgie d'un jour** : Chirurgie effectuée dans un hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

**Comité** : Comité syndical des assurances collectives de l'Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec.

**Conjoint** : Personne liée à l'adhérent par un mariage ou une union civile légalement reconnus ou, si l'adhérent la désigne par écrit à Beneva, personne qu'il présente publiquement comme son conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, celle avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins 1 an, étant précisé que la dissolution du mariage ou de l'union civile par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union non légalement reconnue. La désignation d'une personne comme conjoint prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement.

**Convention collective** : Convention définie comme telle au Code du travail. Par extension, le terme s'applique également à tout règlement en tenant lieu.

**Délai de carence** : Période continue pendant laquelle l'adhérent doit être absent du travail à la suite d'une invalidité totale avant d'avoir droit à des prestations d'invalidité de Beneva.

**Employé** : Toute personne en poste qui est visée par les conditions de travail s'appliquant aux membres de l'Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec ou d'une association syndicale reconnue par le Preneur et qui est en poste au pays ou à l'étranger.

**Employeur** : Le gouvernement du Québec et les organismes mentionnés comme tel en annexe et acceptés par le Preneur.

**Enfant à charge** : Tout enfant célibataire

- a) de l'adhérent, de son conjoint ou des deux, y compris l'enfant légalement adopté ou pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises conformément au régime d'adoption, ou pour lequel une ordonnance de placement a été délivrée; ou
- b) à l'égard duquel l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur, étant entendu que l'enfant doit résider ou être domicilié au Canada et que son soutien doit être assumé par l'adhérent ou par le conjoint de l'adhérent.

De plus, pour être considéré comme enfant à charge, l'enfant doit être :

- a) âgé de moins de 18 ans; ou
- b) âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, être étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation annuelle d'une preuve de fréquentation scolaire à la satisfaction de Beneva; ou
- c) quel que soit son âge, être atteint d'une invalidité totale lorsqu'il répondait à la définition d'enfant à charge selon ce qui précède et être demeuré continuellement invalide depuis cette date; ou
- d) quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, LRQ, chapitre A-29.01 et ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; l'enfant doit aussi être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur; de plus, la déficience doit être survenue lorsqu'il répondait à la définition d'enfant à charge selon ce qui précède.

**Fournisseur de services d'aide à domicile** : Personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile de même, y compris tout travailleur autonome recevant son contrat d'une telle coopérative ou agence.

**Grossesse** : La grossesse elle-même, mais aussi l'accouchement, l'avortement et la fausse couche.

**Hôpital** : Centre hospitalier au sens de la loi et des règlements sur les services de santé et les services sociaux. Pour les établissements à l'extérieur du Québec, le terme désigne tout établissement répondant aux mêmes normes.

**Hospitalisation** : Occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient admis, s'il y a émission d'une facture par un régime gouvernemental d'assurance maladie. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation.

**Invalidité totale** : Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son propre emploi ou, lorsqu'il existe toujours un lien d'emploi entre l'adhérent et l'employeur, de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

**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, de même que les dons d'organes et leurs complications.

**Médecin** : Tout médecin qui est membre en règle de sa corporation professionnelle.

**Membre de la famille immédiate** : Conjoint, père, mère, enfant, frère ou sœur de la personne assurée.

**Membre de Beneva** : Le Preneur ainsi que les adhérents, qui sont tous réputés propriétaires du présent contrat en vertu de la section III du chapitre III du Titre III de la Loi sur les assurances, LRQ, c A-32.

#### **Même période d'invalidité totale**

Durant l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 52 semaines suivantes : toute période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

Par la suite, durant les 52 semaines suivantes : toute période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 30 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

Après l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 104 semaines suivantes : toute période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie, d'une même grossesse ou d'un même accident, séparées par des intervalles de travail à temps plein ou à temps partiel de moins de 180 jours, à moins que l'invalidité totale, pendant une période donnée, ne résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente et que l'invalidité totale ne débute qu'après le retour au travail, et cela à compter de la date de la demande de Beneva;

**Non-fumeur** : Toute personne assurée n'ayant pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des 12 mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à toute garantie du présent régime.

Il est entendu que Beneva peut demander périodiquement une confirmation de statut de non-fumeur; la personne assurée doit être alors en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi la personne assurée perd son statut de non-fumeur et ne bénéficie plus de la réduction de prime qui s'y rattache et ce, à compter de la date de la demande de Beneva;

**Personne assurée** : Tout adhérent ainsi que toute autre personne qui est admise à l'assurance du présent contrat à titre de conjoint ou d'enfant à charge.

**Régimes antérieurs** : Les régimes d'assurance collective en vigueur immédiatement avant la date initiale d'entrée en vigueur du présent contrat, soit ceux qui l'étaient le 29 juin 2011.

**Retraité** : Employé qui prend ou a pris sa retraite en vertu du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou du Régime de retraite des enseignants (RRE). Toutefois, dans le cas d'un adhérent au RRF ou au RRE, un retraité pour cause d'invalidité totale avant l'âge normal de retraite n'est pas considéré comme un retraité mais plutôt comme une personne invalide, et cela jusqu'à 65 ans.

**Traitement** : Traitement ou salaire de l'employé, déterminé en fonction de sa convention collective de travail ou en fonction de tout règlement en tenant lieu pour établir sa protection aux régimes d'assurance prévus à la présente police.

## 5.2 ADMISSION À L'ASSURANCE

Est admissible aux régimes, à compter de la date indiquée :

- a) L'employé assuré en vertu du régime antérieur à la date d'entrée en vigueur du présent régime;
- b) l'employé dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps complet : après 21 jours de travail effectif;
- c) l'employé occupant un poste visé par les conditions de travail s'appliquant aux membres de l'Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps complet et qui n'occupait pas antérieurement un poste visé par lesdites conditions de travail : 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;
- d) l'employé occasionnel engagé pour surcroît de travail d'une durée d'une année ou plus ou pour un projet spécifique d'une année ou plus, ou suite à l'absence d'un employé pour une année ou plus, est admissible à l'assurance selon les règles énoncées précédemment;

- toutefois, 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;
- e) le conjoint ou l'enfant à charge : à la même date que l'adhérent s'il est déjà un conjoint ou enfant à charge, sinon à la date où il le devient;
  - f) dans le cas d'un nouveau groupe d'employés accepté par le Comité et dans le cas d'un nouveau groupe d'employés qui devient assujéti aux conventions collectives par suite d'un changement de juridiction : à compter de la date d'acceptation du groupe par l'Association.

### 5.3 PARTICIPATION À L'ASSURANCE ET STATUTS DE PROTECTION

La participation au régime de base d'assurance maladie, d'assurance en cas de mutilation ou perte d'usage d'un membre à la suite d'une maladie ou d'un accident et au service de télémédecine est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité. Toutefois, cet employé peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer audit régime de base, à condition qu'il établisse que lui-même, son conjoint ou ses enfants à charge sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. L'employé peut aussi refuser ou cesser de participer au service de télémédecine, à condition qu'il établisse qu'il est couvert par un service similaire.

La participation aux régimes optionnels est facultative. Toutefois, elle est considérée automatique à compter de la date d'entrée en vigueur initiale du présent contrat pour les employés assurés en vertu des régimes antérieurs. La participation aux régimes optionnels suppose la participation au régime de base d'assurance maladie, sauf dans les cas d'exemption.

La participation au régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée et la participation au régime optionnel d'assurance maladie complémentaire sont indissociables, sauf dans les cas suivants :

- a) lorsque l'employé atteint l'âge de 64 ½ ans;
- b) lorsque l'employé participant au RRF ou au RRE a complété 34 ½ ans de la participation à ces régimes et en fait la demande;
- c) lorsque l'employé participant au RREGOP a complété 34 ½ ans de la participation à ce régime et a atteint l'âge de 59 ½ ans et en fait la demande;
- d) lorsque l'employé ne peut se qualifier à l'un ou l'autre des régimes en raison des preuves d'assurabilité fournies; dans un tel cas, Beneva lui accorde uniquement le régime pour lequel il se qualifie;
- e) lorsqu'un employé signe une entente de participation à un programme de départ assisté.

Pour l'employé qui était assuré en vertu des régimes antérieurs, Beneva garantit le lien avec les présents régimes, l'employé ne devant subir aucun préjudice dû au changement de régime, qu'il soit au travail ou non.

La participation aux régimes optionnels d'assurance en cas de mutilation ou de perte d'usage d'un membre à la suite d'une maladie ou d'un accident de l'adhérent et d'assurance vie pour le conjoint et les enfants à charge est conditionnelle à l'adhésion au régime optionnel d'assurance vie de base de l'adhérent.

La participation au régime de base d'assurance maladie est obligatoire pour le conjoint et les enfants à charge de l'employé, à moins que ces personnes soient déjà protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Si l'employé participe également au régime optionnel d'assurance maladie complémentaire, le même statut de protection est obligatoirement octroyé pour les 2 régimes. Les statuts de protection sont les suivants :

- a) Protection individuelle (l'employé seulement).
- b) Protection monoparentale (l'employé et ses enfants à charge).
- c) Protection familiale (l'employé, son conjoint et leurs enfants à charge).

Relativement au régime optionnel d'assurance vie pour le conjoint et les enfants à charge, l'employé peut choisir d'assurer ses enfants à charge seulement ou son conjoint et ses enfants à charge. Le choix de la protection (monoparentale ou familiale) est indépendant du choix effectué pour les régimes d'assurance maladie.

## **5.4 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE**

### **5.4.1 Assurance de l'adhérent – Régime de base**

L'assurance de tout employé assuré en vertu du régime de base antérieur entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur initiale du présent contrat.

L'assurance de tout autre employé admissible entre en vigueur à sa date d'admissibilité.

### **5.4.2 Assurance de l'adhérent – Régimes optionnels**

L'assurance de tout employé assuré en vertu du régime antérieur entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur initiale du présent contrat.

L'assurance de tout autre employé admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'entrée en vigueur initiale du présent contrat s'il est au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail;
- b) la date de son admissibilité s'il est au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail;

- c) la date à laquelle il soumet sa demande d'adhésion s'il est au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.

Malgré ce qui précède, l'assurance pour laquelle des preuves d'assurabilité sont exigibles entre en vigueur à la date de leur acceptation par Beneva, le cas échéant.

#### **5.4.3 Assurance du conjoint et des enfants à charge**

L'assurance du conjoint et des enfants à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent;
- b) la date à laquelle l'adhérent soumet la demande d'adhésion de son conjoint et de ses enfants à charge;
- c) la date à laquelle l'adhérent prend un conjoint ou prend à charge un enfant;
- d) la date à laquelle le conjoint est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles quant à la protection d'assurance vie du conjoint.

Malgré ce qui précède, l'assurance pour laquelle des preuves d'assurabilité sont exigibles entre en vigueur à la date de leur acceptation par Beneva, le cas échéant.

### **5.5 CHANGEMENTS DE PROTECTION**

#### **5.5.1 Pour les régimes comportant des prestations d'assurance maladie**

L'adhérent assuré selon une protection individuelle et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou familiale voit sa nouvelle protection entrer en vigueur à la date à laquelle il prend un conjoint ou prend à charge un enfant ou dès que ses personnes à charge cessent d'être protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires et pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit soumise par l'employé et reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'employé prend conjoint ou prend à charge un enfant ou la fin de leur protection par le régime similaire, sinon à la date de réception de la demande par l'employeur.

Le même traitement s'applique à l'adhérent assuré selon une protection familiale ou monoparentale et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou individuelle. Dans un tel cas, la nouvelle protection entre en vigueur à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme conjoint ou enfant à charge, selon le cas, ou dès que ses personnes à charge sont protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires, et pourvu qu'une demande en ce sens soit soumise par l'employé et reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant cette date, sinon à la date de réception de la demande par l'employeur.

### **5.5.2 Pour les régimes comportant des prestations payables en cas de décès de la personne assurée**

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'un assuré provient de l'ajout d'un montant d'assurance vie additionnelle, le changement de protection entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'un assuré provient de la soustraction d'un montant d'assurance vie additionnelle, le changement de protection entre en vigueur au début de la première période de paie qui suit ou coïncide avec la date à laquelle l'employeur reçoit l'avis écrit de l'adhérent à cet effet.

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie ou la prime d'un assuré provient d'un changement d'âge ou de traitement, le changement de protection et de prime entre en vigueur :

- a) dans le cas d'un changement de traitement, le premier jour de la période de paie complète qui suit la date à laquelle Beneva en est informé ou qui coïncide avec cette date;
- b) dans le cas d'un changement d'âge, le premier jour de la période de paie complète qui suit ledit changement; pour l'assurance vie additionnelle sur la vie du conjoint, l'âge est déterminé en fonction de l'âge de l'adhérent en lieu et place de celui du conjoint.

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'un adhérent provient d'un changement de traitement résultant de la réussite à un concours, le changement de protection et de prime entre en vigueur le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel, ou à la date de nomination si la date de l'acte de titularisation est antérieure à la nomination.

Les changements de protection sont effectués à condition que l'adhérent soit effectivement au travail à la date à laquelle le changement entrerait normalement en vigueur. Sinon, tel changement entre en vigueur le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de son retour au travail. Par conséquent, aucune augmentation des montants d'assurance vie ne peut s'appliquer pendant que l'adhérent est en période d'invalidité totale.

### **5.5.3 Pour le régime comportant des prestations d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée de l'adhérent**

Si l'événement affectant le montant de protection d'un adhérent provient d'un changement de traitement, le changement de protection et de prime entre en vigueur à la date du changement de traitement. Toutefois, aucune augmentation des montants d'assurance revenu en cas d'invalidité ne peut s'appliquer pendant que l'adhérent est en période d'invalidité totale.

### **5.5.4 Pour le régime comportant des prestations payables en cas de maladie grave**

Si l'événement affectant le montant d'assurance ou la prime d'un assuré provient d'un changement de traitement ne résultant pas de la réussite à un concours, le changement de

protection et de prime entre en vigueur le premier jour de la période de paie complète qui suit la date à laquelle Beneva en est informé ou qui coïncide avec cette date.

Si l'événement affectant le montant d'assurance d'un adhérent provient d'un changement de traitement résultant de la réussite à un concours, le changement de protection et de prime entre en vigueur le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel, ou à la date de nomination si la date de l'acte de titularisation est antérieure à la nomination.

Les changements de protection sont effectués à condition que l'adhérent soit effectivement au travail à la date à laquelle le changement entrerait normalement en vigueur. Sinon, tel changement entre en vigueur le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de son retour au travail. Par conséquent, aucune augmentation du montant d'assurance ne peut s'appliquer pendant que l'adhérent est en période d'invalidité totale.

## 5.6 FIN DE L'ASSURANCE

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes et à la prolongation, l'assurance d'un adhérent, de son conjoint et de ses enfants à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date de résiliation du contrat;
- b) la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi;
- c) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- d) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être admissible à l'assurance;
- e) la date d'échéance des primes exigibles pour un adhérent si elles ne sont pas versées à Beneva avant l'expiration du délai de grâce;
- f) la date du début de la première période de paie suivant la réception par l'employeur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à sa participation aux régimes optionnels;
- g) pour le régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée :
  - i) la date à laquelle il atteint l'âge de 64 ½ ans ou,
  - ii) la date de signature d'une entente de participation à un programme de départ assisté qui consiste en un congé avec solde à temps plein précédant la retraite ou un congé de préretraite totale conduisant à la retraite ou,
  - iii) la date de prise de la retraite ou de la préretraite totale ou,
  - iv) sur demande, lorsqu'il n'y a plus d'objet d'assurance ou,

- v) après 34 ½ ans de participation au RRF, ou RRE ou au RRCE, ou après 34 ½ ans de participation au RREGOP ou au RRPE, à condition d’avoir alors atteint l’âge de 59 ½ ans.
- h) à moins que l’adhérent n’ait repris les paiements de sa prime en tant qu’employé admissible tel que décrit à la présente police, la date à laquelle prend fin l’exonération des primes pour ce qui est des garanties ouvrant droit à telle exonération;
- i) dans le cas du conjoint ou d’un enfant à charge, la date à laquelle le conjoint ou l’enfant à charge cesse de répondre à la définition de conjoint ou d’enfant à charge de la présente police;
- j) dans le cas du conjoint ou d’un enfant à charge, la date du début de la première période de paie suivant la date de réception par l’employeur de l’avis écrit d’un adhérent qui demande à être couvert selon une protection monoparentale ou individuelle, selon le cas;
- k) pour ce qui est du régime optionnel d’assurance en cas de mort accidentelle, en plus des autres dates prévues au présent article, la date à laquelle l’adhérent atteint l’âge de 65 ans;
- l) pour ce qui est des montants additionnels de protection en excédent de 10 000 \$ sur la vie du conjoint, en plus des autres dates prévues au présent article, la date à laquelle l’adhérent atteint l’âge de 65 ans;
- m) pour ce qui est du régime de base d’assurance maladie et du service de télémédecine, en plus des autres dates prévues au présent article, la date du début de la première période de paie suivant la date de réception par l’employeur de la demande d’exemption de l’adhérent et des pièces justificatives requises;
- n) pour ce qui est des autres garanties d’assurance maladie de base ou complémentaire et de la garantie en cas de mutilation et perte d’usage d’un membre à la suite d’une maladie ou d’un accident, en plus des autres dates prévues au présent article, la date d’expiration de la période de 30 mois d’exonération des primes;
- o) pour ce qui est du régime d’assurance en cas de maladie grave, en plus des autres dates prévues au présent article, la date à laquelle l’adhérent atteint l’âge de 65 ans.

## 5.7 ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL

Dans le cas d’une **absence temporaire avec traitement**, la participation à l’assurance est maintenue et les primes doivent continuer d’être versées de façon habituelle à Beneva.

Dans le cas d’une **absence temporaire sans traitement**, l’adhérent peut exercer l’une des options suivantes :

- a) Maintenir sa participation à l’ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l’adhérent doit en faire la demande avant le début de l’absence temporaire sans traitement ou au plus tard 30 jours après le début de cette absence. La participation à l’ensemble

des régimes auxquels il adhéraît déjà est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à Beneva. En cas d'invalidité totale survenant pendant une période d'absence pour laquelle l'assurance était en vigueur, le délai de carence commence à courir à la date prévue de retour au travail de l'adhérent et les prestations sont établies sur la base du traitement de l'adhérent le jour précédant le début de l'absence.

- b) Maintenir sa participation uniquement au régime de base d'assurance maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de sa participation aux protections selon ce qui est prévu au paragraphe précédent.

Dans le cas d'un **congé partiel sans traitement** ou d'une **retraite graduelle**, la participation à toutes les protections est maintenue comme si l'adhérent était au travail à temps plein et à plein traitement et la perception des primes est maintenue au même titre. Les prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée sont alors payables sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent s'il avait été au travail à temps plein et à plein traitement. Pour les régimes d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de l'adhérent, les dispositions relatives au travail à temps réduit sont les suivantes :

Lorsqu'un adhérent participe à un programme de retraite progressive ou de retraite graduelle, son assurance demeure en vigueur même pendant son absence. Les primes sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé, et les prestations sont payables sur la base du plein traitement.

Si un adhérent se prévaut des autres dispositions de la convention collective relativement au travail à temps réduit (incluant la préretraite graduelle), sa participation à l'assurance se poursuit même pendant son absence et les primes et prestations sont alors payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

Pour le régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée, les dispositions relatives au travail à temps réduit des personnes admissibles sont les suivantes :

- a) Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions de retraite progressive, son assurance demeure en vigueur même pendant son absence. Les primes et prestations sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé.
- b) Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions de préretraite graduelle, l'assurance demeure en vigueur même pendant son absence. Les primes sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé. De plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

- c) Lorsqu'un adhérent se prévaut des autres dispositions de la convention collective relativement au travail à temps réduit ou lorsqu'il participe à un régime de congé à traitement différé, tous les régimes d'assurance collective demeurent en vigueur même durant la période d'absence. Les primes et prestations sont alors payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

Pour l'adhérent qui participe au régime de congé à traitement différé, les dispositions applicables sont les suivantes :

Pendant les périodes de travail de l'adhérent, ses protections d'assurance et les primes y afférant sont établies sur la base du traitement qu'il aurait reçu s'il n'avait pas participé au régime de congé à traitement différé.

Pendant les périodes de congé de l'adhérent, celui-ci peut exercer l'une des options suivantes :

- a) Maintenir sa participation à l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l'adhérent doit en faire la demande avant le début de la période de congé ou au plus tard 30 jours après le début de cette période. La participation à l'ensemble des régimes auxquels il participait déjà est alors maintenue tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à Beneva. Les protections d'assurance et les primes y afférant sont alors établies sur la base du traitement qu'il aurait reçu s'il n'avait pas participé au régime de congé à traitement différé. En cas d'invalidité totale survenant pendant une période de congé pour laquelle l'assurance était en vigueur, le délai de carence s'applique à compter de la date prévue du retour au travail de l'adhérent.
- b) Maintenir sa participation uniquement au régime de base d'assurance maladie pour la durée du congé. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à l'adhérent qui n'a pas demandé le maintien de sa participation selon ce qui est prévu au paragraphe précédent.

Dans le cas où un adhérent est congédié et que ce congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, cet adhérent doit maintenir sa participation au régime de base d'assurance maladie et celle de son conjoint et de ses enfants à charge le cas échéant, et il a le choix de maintenir ou non sa participation à l'ensemble de ses autres régimes et continuer d'être assuré, de même que son conjoint et ses enfants à charge le cas échéant, jusqu'à ce que la décision finale soit rendue, compte tenu aussi de la période des procédures d'appel le cas échéant; il doit alors en payer lui-même les primes à Beneva. Beneva reconnaît l'invalidité totale qui survient pendant une période de congédiement pour laquelle l'assurance était en vigueur, et le délai de carence s'applique alors à compter de la date réelle du début de cette invalidité totale.

Dans les cas de grève ou de lock-out, l'assurance demeure en vigueur pourvu que les primes continuent d'être versées de façon habituelle à Beneva ou qu'une entente relative au paiement des primes intervienne entre l'Association et Beneva. Cependant, en cas de grève ou lock-out de moins de 30 jours, l'assurance doit demeurer en vigueur et les primes doivent être versées de façon habituelle à Beneva. En cas d'invalidité totale survenant pendant une

période de grève ou de lock-out pour laquelle l'assurance était en vigueur, le délai de carence s'applique à compter du jour suivant la fin de la grève ou du lock-out.

Pour l'adhérent qui participe à l'assurance en cas de maladie grave, si le premier diagnostic d'une maladie grave couverte par l'assurance survient pendant une période où l'assurance n'était pas en vigueur, la maladie en question n'est pas reconnue par l'assurance par la suite.

## 5.8 ADHÉRENTS ÂGÉS DE 65 ANS OU PLUS

À compter du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, celui-ci est automatiquement inscrit au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Toutefois, l'adhérent peut également choisir entre les deux options suivantes pour le maintien des protections en vertu du Régime d'assurance maladie :

- a) se désengager de la RAMQ et maintenir sa participation aux garanties d'assurance maladie, y compris les médicaments couverts pour les adhérents de moins de 65 ans (une surprime est applicable, voir le tableau des primes pour l'année en vigueur à la fin du présent document);
- b) maintenir son inscription automatique au RGAM et demeurer assuré en vertu des garanties d'assurance maladie à l'exception des médicaments admissibles en vertu du RGAM.

Un adhérent qui choisit de maintenir son inscription automatique auprès de la RAMQ ne peut plus, par la suite, être assuré en vertu de la protection de médicaments. Ce choix de devenir assuré auprès de la RAMQ peut aussi être exercé par un conjoint de 65 ans ou plus.

L'assurance vie de base optionnelle de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, l'assurance décès accidentel et l'assurance vie additionnelle du conjoint (à l'exception de la première tranche de 10 000 \$), ainsi que l'assurance en cas de maladie grave de l'adhérent, se terminent.

Beneva communique avec l'adhérent 30 jours avant son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour lui donner l'information nécessaire.

Pendant ces 30 jours, l'adhérent doit aviser Beneva de ses choix, soit :

- a) le maintien de sa protection de médicaments, sous réserve du paiement de la surprime indiquée au tableau des primes apparaissant à la fin du présent document (le cas échéant);
- b) le maintien de 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel pour l'assurance vie;
- c) le maintien ou non de l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge et, s'il y a lieu, de la première tranche de 10 000 \$ de la garantie d'assurance vie additionnelle pour le conjoint.

Toutefois, à compter des 70<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> anniversaires de naissance de l'adhérent, la protection ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % de son traitement.

Si aucun choix n'est signifié à Beneva, l'adhérent conservera, le cas échéant, une protection d'assurance vie égale à 100 % de son traitement, l'assurance vie des personnes à charge ainsi qu'une tranche de 10 000 \$ d'assurance vie optionnelle sur la vie du conjoint. Tous ces montants sont conservés à condition que l'adhérent bénéficie de ces couvertures.

## **5.9 BÉNÉFICIAIRE D'ASSURANCE VIE**

Sous réserve des dispositions de la loi, et cela, pour tout montant d'assurance payable à son décès, l'adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné en déposant une déclaration écrite au siège social de Beneva.

Sauf dans les cas où un bénéficiaire a été désigné à Beneva, les bénéficiaires de l'adhérent sont ses exécuteurs testamentaires ou les administrateurs de sa succession ou ses ayants droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les prestations sont partagées à parts égales.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à l'adhérent.

## **5.10 RÉGIME À L'INTENTION DES RETRAITÉS**

Malgré toute autre disposition du présent contrat, l'employé qui prend une retraite demeure admissible à l'assurance pour les garanties mentionnées ci-après, pourvu que la présente police demeure en vigueur. Cependant, aucune exonération des primes ne s'applique au régime à l'intention des retraités.

L'employé qui désire maintenir sa protection d'assurance vie, et celle de ses personnes à charge le cas échéant, doit transmettre à Beneva une demande d'adhésion à cet effet dans les 31 jours suivant la date réelle de sa retraite. L'assurance du présent régime entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le retraité y devient admissible.
- b) La date à laquelle le retraité cesse d'être assuré en tant qu'employé actif.

Malgré ce qui précède, une protection d'assurance vie de l'adhérent égale au moindre entre le montant détenu à la date de sa retraite et 100 % du traitement de l'adhérent au moment de sa retraite est accordée automatiquement sans paiement de prime au retraité pour la période de 31 jours mentionnée précédemment.

Aucune demande d'adhésion reçue par Beneva plus de 31 jours après la date réelle de la retraite n'est acceptée.

L'employé atteint d'invalidité totale et qui prend sa retraite n'est considéré admissible à l'assurance qu'à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle il cesse d'être totalement invalide.
- b) La date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans.

Au moment de la retraite, le nouveau retraité peut choisir une protection de type individuel ou familial. Son choix de protection pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge est cependant soumis aux règles suivantes :

- a) La protection familiale n'est disponible que si le retraité détenait une protection familiale le jour précédant la date de sa retraite.
- b) La protection individuelle est disponible peu importe le genre de protection que détenait le retraité le jour précédant la date de sa retraite.

L'assurance d'un enfant à charge est automatique à compter de la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que le conjoint ou les autres enfants à charge du retraité soient assurés avant cette date.

Le retraité assuré selon une protection de type familial et qui désire que les protections d'assurance de ses personnes à charge cessent ou soient réduites doit transmettre un avis écrit à cet effet à Beneva.

Un retraité qui a choisi une protection de type individuel ne peut pas par la suite modifier son choix en vue d'obtenir une protection de type familial.

Un adhérent qui cesse sa participation au présent régime ou à l'une ou l'autre des garanties prévues au présent régime ne peut plus y adhérer par la suite.

Lors du décès d'un adhérent couvert par le présent régime, son conjoint survivant assuré peut maintenir sa participation à la garantie d'assurance vie pour un montant de 10 000 \$. Pour ce faire, il doit cependant aviser Beneva de son intention à cet effet au plus tard 60 jours après le décès de l'adhérent.

**Les garanties d'assurance prévues par le régime à l'intention des retraités sont les suivantes :**

#### **5.10.1 Garantie d'assurance vie de l'adhérent**

La protection disponible est de 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel au moment de la retraite, selon le choix effectué par l'adhérent, mais sans excéder le montant de protection en vigueur lors de la prise de la retraite. Cette protection s'obtient sans preuves d'assurabilité lors de l'adhésion de l'employé au présent régime. Par la suite, la protection ne peut être augmentée mais elle peut être réduite. Cependant, à compter du 70<sup>e</sup> et du 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, la protection ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % du traitement au moment de la prise de la retraite.

La garantie d'assurance vie de l'adhérent n'est disponible que si l'employé participait déjà au régime optionnel d'assurance vie de l'adhérent le jour précédant la date de sa retraite.

### **5.10.2 Garantie d'assurance vie des personnes à charge**

Lors du décès du conjoint assuré ou d'un enfant à charge assuré de 24 heures ou plus, Beneva s'engage à payer à l'adhérent un montant d'assurance vie de base de 6 000 \$ en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge.

Pour l'adhérent qui participe à la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge, un montant additionnel de protection de 10 000 \$ peut être obtenu sur la vie du conjoint si, au moment de la prise de retraite, le conjoint du retraité possédait déjà cette protection additionnelle.

La garantie d'assurance vie des personnes à charge n'est disponible au retraité que dans la mesure où celui-ci participait au régime optionnel d'assurance vie pour le conjoint et les enfants à charge le jour précédant la date de sa retraite et à condition qu'il choisisse de participer à la garantie d'assurance vie de l'adhérent au moment de sa retraite.

## 6- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

---

### 6.1 ASSURANCE MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE

#### 6.1.1 Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, la personne assurée présente sa carte d'assurance à l'hôpital.

#### 6.1.2 Médicaments

Deux modes de transmission sont disponibles pour les demandes de prestations de médicaments :

- **Paiement direct avec carte d'assurance**

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à Beneva. Sur présentation de la carte d'assurance, le pharmacien valide immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement. Si c'est le cas, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance maladie puisque Beneva rembourse directement au pharmacien la portion assurée.

Lorsque la personne assurée a déjà présenté sa carte à un pharmacien, elle n'a plus à le faire lors d'achats subséquents puisque ce dernier conserve cette information dans ses dossiers. Cependant, si elle change de pharmacie, elle doit la présenter à son nouveau pharmacien.

#### **Coordination de prestations en pharmacie**

Si une personne assurée est couverte par 2 régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses 2 cartes au pharmacien de sorte que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat.

- **Par la poste**

La personne assurée qui ne désire pas utiliser sa carte d'assurance pour faire une demande de prestations électronique peut acheminer directement ses réclamations pour des frais de médicaments selon la méthode définie ci-après.

Elle effectue sa demande de remboursement en utilisant le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Ce dernier est joint au relevé qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site Internet de Beneva au [www.beneva.ca](http://www.beneva.ca), choisir «Services, outils et conseils» dans le menu principal, puis sélectionner «Formulaires et documents» dans la section Outils et Guides. Le formulaire «Demande de prestations en assurance maladie» est

disponible sous «Assurance collective». Elle envoie uniquement l'original des comptes acquittés et doit conserver une copie des factures transmises à Beneva (elles ne seront pas retournées).

Les comptes de pharmaciens doivent mentionner le nom de la personne assurée, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament.

Le remboursement est adressé à la personne adhérente lorsque sa demande a été reçue et traitée par Beneva.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les 3 mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.** L'utilisation de la carte d'assurance pour l'achat de médicaments permet d'éviter à la personne assurée que ses factures ne soient pas présentées à temps.

### 6.1.3 Autres frais

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne assurée, directement à Beneva en joignant l'original des documents justificatifs (reçu, factures, etc.) à un formulaire de demande de prestations d'assurance maladie qui se trouve :

- attaché au dernier relevé de prestations;
- sur le site Espace client (voir section 6.9).

**Tous les comptes présentés plus de 12 mois après la date où les frais ont été engagés ne sont pas admissibles à un remboursement.**

Plusieurs frais d'assurance maladie peuvent être réclamés en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés. La personne adhérente peut également faire sa demande de prestations à l'aide de son téléphone intelligent en utilisant l'application Beneva.

### 6.1.4 Dépôt direct et relevé électronique des prestations

En s'inscrivant au dépôt direct et au relevé électronique des prestations, la personne adhérente évitera les délais postaux dans le traitement de ses demandes de prestations et recevra donc ses remboursements plus rapidement. Il est possible de s'inscrire à ces services par l'entremise du site Espace client (consultez la section 6.9 de la présente brochure) ou en communiquant avec le Service à la clientèle de Beneva.

## **6.2 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

### **6.2.1 Assurance voyage avec assistance**

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après que les organismes gouvernementaux aient terminé l'étude de la demande et versé des prestations, le cas échéant.

Tous les autres frais couverts en vertu de cette garantie peuvent être réclamés directement à Beneva sur présentation de pièces justificatives à la satisfaction de Beneva (factures, reçus, prescriptions, etc.). Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de toutes les prestations payables en vertu de tout autre contrat individuel ou collectif.

Si la personne assurée est protégée par d'autres garanties d'un contrat émis par Beneva couvrant des frais similaires à ceux décrits dans la présente garantie, ces frais sont payés, en premier lieu, en vertu de la garantie d'assurance voyage.

### **6.2.2 Assurance annulation de voyage**

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés.

Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à Beneva;

- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- e) rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route;
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées et portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;

- h) tout autre rapport exigé par Beneva permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

### **6.3 ASSURANCE VIE, ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE, ET ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DE L'ADHÉRENT**

Les formulaires de demandes de prestations d'assurance vie, d'assurance en cas de décès accidentel et d'assurance en cas de maladie grave s'obtiennent directement de Beneva.

En ce qui concerne l'assurance en cas de maladie grave en particulier, la demande de prestations et les pièces justificatives doivent être présentées à Beneva 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. En outre, pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à Beneva au plus tard 12 mois après le diagnostic initial ou de la fin de la période de persistance de la maladie ou de la condition médicale; ils doivent aussi dans tous les cas être présentés au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

On peut obtenir les formulaires sur le site Espace client (voir section 6.9).

### **6.4 Assurance revenu en cas d'invalidité prolongée**

La demande de prestations d'assurance revenu doit être présentée 3 mois avant le début des prestations de Beneva.

### **6.5 CHANGEMENT D'ADRESSE**

La personne adhérente doit aviser Beneva de tout changement d'adresse. Il est possible d'effectuer ce changement en utilisant le site Espace client (voir section 6.9) ou en communiquant avec le Service à la clientèle de Beneva à l'un des numéros à l'endos de cette brochure.

### **6.6 OÙ ENVOYER LES DEMANDES DE PRESTATIONS**

Beneva inc.  
2525, boulevard Laurier  
Case postale 10500, Succ. Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1V 4H6

La personne assurée doit indiquer le numéro de contrat sur les demandes de prestations ou sur toute autre correspondance transmise à Beneva.

Beneva n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être dues par un autre assureur.

**IMPORTANT :****Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)**

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, il est à noter que tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursés par la CNESST ou la SAAQ. Ces comptes doivent être présentés par la personne assurée à la CNESST ou la SAAQ et non à Beneva.

**6.7 ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 18 À 25 ANS ET AUX ÉTUDES À TEMPS PLEIN**

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire. Le système de transmission électronique par l'entremise de la carte d'assurance élimine l'obligation de remplir à chaque fois la section du formulaire de demande de prestations d'assurance maladie sur laquelle cette déclaration est faite.

Néanmoins, cette déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à Beneva, soit par l'entremise du site Internet Espace client de Beneva ou par un avis verbal ou écrit, une fois par année scolaire (1<sup>er</sup> septembre au 31 août) pour que votre demande de prestation soit considérée directement en pharmacie. Beneva se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire. Pour toute demande de prestations pour un enfant âgé de plus de 18 ans et toujours aux études, la personne adhérente doit remplir la section du formulaire de demande de prestations d'assurance maladie prévue à cet effet.

**6.8 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**Avis de constitution d'un dossier

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, Beneva inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements concernant leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que la personne adhérente aura autorisée ont accès à ce dossier. Beneva conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à Beneva inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, Beneva peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

### Mandataires et fournisseurs de services

Beneva peut échanger des renseignements personnels avec ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie, notamment pour traiter la plupart des demandes de prestations de médicaments, de soins dentaires et d'assurance voyage. Les mandataires et fournisseurs de services de Beneva doivent se soumettre à la politique de Beneva sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, par exemple en utilisant sa carte d'assurance médicaments, elle consent à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à son égard aux fins décrites précédemment. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de l'assurance et la qualité des services que Beneva peut offrir.

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site Internet de Beneva au [www.beneva.ca](http://www.beneva.ca).

### Document d'assurance

Si le contrat a été modifié après la production du présent document, 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. Toute personne adhérente a donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et d'en obtenir une copie.

## **6.9 SERVICES INTERNET DE BENEVA – ESPACE CLIENT**

Cet outil électronique permet à la personne adhérente d'accéder en tout temps à son dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations qu'elle peut y effectuer :

- adhérer au dépôt direct et au relevé électronique des prestations;
- présenter une demande de prestations en ligne et obtenir un remboursement en 48 heures (pour les adhérents inscrits au dépôt direct), ce qui permet d'éliminer les formulaires, enveloppes et délais postaux;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations;
- commander des reçus pour fins d'impôt;
- imprimer une carte d'assurance temporaire;
- effectuer un changement d'adresse;
- imprimer le formulaire pour les médicaments d'exception;
- effectuer une déclaration de fréquentation scolaire;
- vérifier ou modifier le bénéficiaire de son assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à son dossier et les compteurs qui y sont associés;
- consulter les documents relatifs à son régime d'assurance collective.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages qu'offrent les services Internet de Beneva, vous n'avez qu'à vous rendre sur le site de Beneva au [beneva.ca](http://beneva.ca). Ensuite, vous devez cliquer sur **Me connecter**, puis sur **Client** pour accéder à l'option Créer un compte. Des directives en ligne vous guideront dans votre processus d'inscription.

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva, du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00, au numéro indiqué à l'endos de cette brochure.

## ANNEXE - ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

---

### 1. ASSURANCE VOYAGE

L'assurance voyage couvre l'adhérent et, s'ils sont assurés, son conjoint et ses enfants à charge.

#### 1.1 Admissibilité

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

#### 1.2 Portée

Si la personne assurée décède pendant qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence 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 voyage sont remboursables jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par personne assurée par voyage.

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

Dans les cas suivants, **une autorisation doit être demandée sans délai** au service d'assistance voyage de Beneva, 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** au service d'assistance voyage de Beneva par la personne assurée ou, en cas de décès de la personne assurée, par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : 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.

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 :**

- a) que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré 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 :
    - i) s'est aggravée;
    - ii) a fait l'objet d'une récurrence;
    - iii) est en phase terminale d'évolution;
    - iv) est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage;
    - v) qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
- et
- b) qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

### **1.3 Frais admissibles**

Les frais admissibles de l'assurance voyage sont les suivants :

Les **frais d'hospitalisation** dans un hôpital où le patient reçoit effectivement un traitement curatif. Les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ils sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée, et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.

Les **honoraires professionnels de médecin** pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour soins dentaires. Les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ils sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.

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 voyage.

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

Les **honoraires d'un chirurgien dentiste pour traiter 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 à ce titre ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par voyage.

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.

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

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.

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.

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. Les frais admissibles à ce titre, y compris le transport en vue d'aller identifier le corps de la personne décédée avant son retour, sont limités comme suit :

- a) Pour le transport : 2 500 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille.
- b) 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 \$ par voyage.

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, avion, train) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, les **frais de préparation et de retour du corps** de la personne assurée par la route la plus directe pour la ramener chez elle, 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.

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 voyage. 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.

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

Les **frais d'hébergement et de repas** dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a reporté son retour 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'étranger, et cela pour l'ensemble des personnes assurées.

Les **services d'assistance voyage** énumérés ci-dessous, auxquels la personne assurée a accès lorsqu'elle en a besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et Beneva peut les modifier sans préavis.

- 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 de la personne assurée ou avec son employeur;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

#### **1.4 Exclusions, limitations et restrictions**

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble du présent régime s'ajoute le présent article concernant la présente assurance. L'assurance voyage ne couvre pas les frais suivants :

- Les frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de Beneva.

- Les 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 sa vie ou sa santé.
- Les 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.
- Les frais payables en vertu de tout régime public.
- Les frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents.
- Dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, les 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.
- Les frais engagés dans un établissement pour maladies chroniques.
- Les frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale.
- Les frais engagés par suite de blessures ou 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 les dispositions de la présente police est rémunérée.
- Les 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.
- 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.

**Remboursement de frais hospitaliers et médicaux** – Les frais hospitaliers et médicaux prévus par la présente assurance voyage ne seront remboursés qu’après que les organismes gouvernementaux auront terminé l’étude de la demande de règlement de la personne assurée et auront versé des prestations, le cas échéant.

**Coordination** – Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d’un contrat d’assurance individuel ou collectif, les prestations payables en vertu de la présente police sont réduites des prestations payables en vertu de cet autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d’autres dispositions du présent contrat, les prestations sont payables en vertu de la présente assurance voyage, mais la présente exclusion ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres dispositions du contrat lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de l’assurance voyage.

## **2. ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

### **2.1 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À L’ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

#### **2.1.1 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 commerciale doit aussi être la principale raison du voyage projeté.

#### **2.1.2 Associé en affaires**

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.

#### **2.1.3 Compagnon de voyage**

Personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l’appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

#### **2.1.4 Frais de voyage payés d’avance**

Se dit des sommes suivantes :

- a) 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;
- b) celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait;

- c) les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

### **2.1.5 Hôte à destination**

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

### **2.1.6 Membre de la famille**

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 et petite-fille.

### **2.1.7 Voyage**

Déplacement 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 du régime, le déplacement doit être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. Dans ce dernier cas, toutefois, le voyage doit nécessiter une période d'absence incluant au moins 2 nuits consécutives. Pour être considérée comme un voyage, une croisière doit avoir une durée comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

### **2.1.8 Portée de l'assurance et causes pouvant entraîner des frais d'annulation admissibles**

Sous réserve de l'ensemble des dispositions de la présente assurance, l'Assureur paiera les frais engagés par la personne assurée par suite de l'annulation, de la prolongation ou de l'interruption de son voyage, dans la mesure où les frais engagés auront trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et à condition que cette dernière, au moment de prendre les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner son annulation, sa prolongation ou son interruption. Les frais couverts par cette assurance seront payables par l'Assureur jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par voyage. Le voyage devra avoir été annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, son associé en affaires ou un membre de la famille de l'une de ces trois personnes. La maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être suffisamment grave pour justifier l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage.
- 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) Malgré 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, 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), ou par 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 :
- i) le départ du transporteur public au point de départ du voyage projeté soit retardé d'une durée égale à au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
  - ii) la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance en question soit retardée d'une durée égale à 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, Beneva remboursera les frais engagés pour l'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours, ainsi que les frais de transport.

## 2.2 Frais admissibles

Les frais admissibles de l'assurance annulation de voyage sont les suivants :

**En cas d'annulation avant le départ** – Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, la personne assurée communiquer avec le service d'assistance voyage de l'Assureur 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, la personne assurée doit communiquer avec le service d'assistance voyage de l'Assureur 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.

Dans le cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut toutefois être transmis le premier jour ouvrable qui suit.

- 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 mentionnées précédemment et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % des frais en question, 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 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, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais d'annulation admissibles. S'il s'agit d'une interruption temporaire 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 d'annulation admissibles.

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

### **Restrictions**

Si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours, les frais engagés sont admissibles à condition 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 cette période de 7 jours. De plus, dans les cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles à condition que cette dernière n'ait connu avant la date du début du voyage aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

### **Transport aller-retour**

Les frais de transport par le moyen le plus économique après avoir obtenu l'approbation du service d'assistance voyage de Beneva, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle était en voyage, à condition que le retour 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.

### **Exclusions, limitations et restrictions**

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble du présent régime s'ajoute le présent article concernant la présente assurance.

- a) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par les causes suivantes ou auxquelles celles-ci ont contribué :
  - 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.

- Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non.
  - L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool, et ses conséquences.
  - 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, 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 les dispositions de la présente police est rémunérée.
  - 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, peu importe que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non.
  - 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.
  - Une cause qui n'empêcherait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- b) 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;
- c) 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.

- d) 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.

- e) 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;

- f) 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 l'Assureur se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû être transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de l'Assureur 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 l'Assureur étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

### **Coordination**

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat d'assurance individuel ou collectif, les prestations payables en vertu de la présente police sont réduites des prestations payables en vertu de cet autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres dispositions du présent contrat, les prestations sont payables en vertu de la présente assurance annulation de voyage, mais la présente exclusion ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres dispositions du contrat lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de l'assurance annulation de voyage.

## PRIMES PAR PÉRIODE DE 14 JOURS DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2025 AU 30 JUIN 2026 <sup>(1)</sup>

RÉGIMES	STATUT DE PROTECTION									
	INDIVIDUEL			MONOPARENTAL			FAMILIAL			TOTAL
	EMPLOYÉ	EMPLOYEUR	TOTAL	EMPLOYÉ	EMPLOYEUR	TOTAL	EMPLOYÉ	EMPLOYEUR	TOTAL	
ASSURANCE MALADIE DE BASE										
Moins de 65 ans <sup>(2)</sup>	29,93 \$	11,08 \$	41,01 \$	37,68 \$	27,69 \$	65,37 \$	75,13 \$	27,69 \$	102,82 \$	
65 ans ou plus <sup>(2)</sup>	13,78 \$	11,08 \$	24,86 \$	14,46 \$	25,56 \$	40,02 \$	35,45 \$	27,69 \$	63,14 \$	
Prime additionnelle, 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ <sup>(3)</sup>	218,62 \$	— \$	218,62 \$	218,62 \$	— \$	218,62 \$	437,29 \$	— \$	437,29 \$	
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	10,31 \$	— \$	10,31 \$	15,30 \$	— \$	15,30 \$	25,18 \$	— \$	25,18 \$	
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	0,395 % du salaire brut									

N.B. Ces primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

<sup>(1)</sup> La contribution de l'employé et la contribution de l'employeur pourraient varier au cours de la période.

<sup>(2)</sup> Incluant la mutilation accidentelle ou par maladie à 0,79 \$ par certificat individuel, 1,28 \$ par certificat monoparental et 2,07 \$ par certificat familial.

<sup>(3)</sup> Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus qui se procure la garantie médicaments dans le régime collectif plutôt qu'à la RAMQ. Cette prime est payable à compter du premier jour de la période de paie complète suivant son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## PRIMES PAR PÉRIODE DE 14 JOURS DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2025 AU 30 JUIN 2026 (SUITE)

ASSURANCE VIE (taux par 1 000 \$ de protection, sauf pour l'assurance vie de base des PAC, où le taux est fixe)		ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ET DU CONJOINT						DÉCÈS ACCIDENTEL DE L'ADHÉRENT		DE BASE DES PERSONNES À CHARGE (PAC)				
		Femme		Homme		Fumeur <sup>(1)</sup>	Non-fumeur					Fumeur <sup>(1)</sup>	Monoparental	Familial
		Non-fumeuse	Fumeuse <sup>(1)</sup>	Non-fumeur	Homme									
GRUPE D'ÂGE DE L'ADHÉRENT	DE BASE DE L'ADHÉRENT													
Moins de 30 ans	0,057 \$	0,005 \$	0,006 \$	0,010 \$	0,012 \$	0,012 \$	0,010 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 30 à 34 ans	0,057 \$	0,005 \$	0,010 \$	0,010 \$	0,014 \$	0,014 \$	0,010 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 35 à 39 ans	0,057 \$	0,010 \$	0,016 \$	0,012 \$	0,022 \$	0,022 \$	0,012 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 40 à 44 ans	0,057 \$	0,014 \$	0,030 \$	0,018 \$	0,036 \$	0,036 \$	0,018 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 45 à 49 ans	0,057 \$	0,023 \$	0,052 \$	0,033 \$	0,075 \$	0,075 \$	0,033 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 50 à 54 ans	0,057 \$	0,037 \$	0,093 \$	0,058 \$	0,149 \$	0,149 \$	0,058 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 55 à 59 ans	0,057 \$	0,067 \$	0,161 \$	0,103 \$	0,277 \$	0,277 \$	0,103 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 60 à 64 ans	0,057 \$	0,091 \$	0,197 \$	0,147 \$	0,393 \$	0,393 \$	0,147 \$	0,015 \$	0,14 \$	0,30 \$				
De 65 à 69 ans	0,427 \$ <sup>(2)</sup>	0,143 \$ <sup>(3)</sup>	0,277 \$ <sup>(3)</sup>	0,235 \$ <sup>(3)</sup>	0,567 \$ <sup>(3)</sup>	0,567 \$ <sup>(3)</sup>	0,235 \$ <sup>(3)</sup>	— \$	0,95 \$	0,99 \$				
De 70 à 74 ans	0,808 \$ <sup>(2)</sup>	0,286 \$ <sup>(3)</sup>	0,467 \$ <sup>(3)</sup>	0,465 \$ <sup>(3)</sup>	0,941 \$ <sup>(3)</sup>	0,941 \$ <sup>(3)</sup>	0,465 \$ <sup>(3)</sup>	— \$	0,95 \$	0,99 \$				
75 ans ou plus	1,341 \$ <sup>(2)</sup>	0,508 \$ <sup>(3)</sup>	0,721 \$ <sup>(3)</sup>	0,800 \$ <sup>(3)</sup>	1,378 \$ <sup>(3)</sup>	1,378 \$ <sup>(3)</sup>	0,800 \$ <sup>(3)</sup>	— \$	0,95 \$	0,99 \$				

N.B. Ces primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

<sup>(1)</sup> Les taux sont basés sur les habitudes de tabagisme de la personne assurée (adhérent ou conjoint). À défaut d'une déclaration de « non-fumeur », le taux « fumeur » s'applique.

<sup>(2)</sup> Pour l'adhérent âgé de 65 ans ou plus qui continue de travailler, la protection disponible en assurance vie de base de l'adhérent est un pourcentage du salaire annuel immédiatement avant l'âge de 65 ans. Ces pourcentages sont les suivants : 25 %, 50 %, 75 % et 100 %. Toutefois, à compter du 70<sup>e</sup> et du 75<sup>e</sup> anniversaire, la protection ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % du salaire.

<sup>(3)</sup> Taux pour l'assurance vie additionnelle du conjoint seulement. À compter de 65 ans, le conjoint ne peut conserver qu'un montant de 10 000 \$ en assurance vie additionnelle.

ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DE L'ADHÉRENT (taux par 1 000 \$ de protection)		Femme				Homme			
		Non-fumeuse		Fumeuse <sup>(1)</sup>		Non-fumeur		Fumeur <sup>(1)</sup>	
		Non-fumeuse	Fumeuse <sup>(1)</sup>	Non-fumeuse	Fumeuse <sup>(1)</sup>	Non-fumeur	Fumeur <sup>(1)</sup>	Non-fumeur	Fumeur <sup>(1)</sup>
GRUPE D'ÂGE DE L'ADHÉRENT	DE L'ADHÉRENT								
Moins de 24 ans		0,012 \$	0,012 \$	0,012 \$	0,012 \$	0,014 \$	0,014 \$	0,014 \$	0,014 \$
De 25 à 29 ans		0,015 \$	0,015 \$	0,016 \$	0,016 \$	0,016 \$	0,016 \$	0,017 \$	0,017 \$
De 30 à 34 ans		0,023 \$	0,023 \$	0,026 \$	0,026 \$	0,021 \$	0,021 \$	0,024 \$	0,024 \$
De 35 à 39 ans		0,037 \$	0,037 \$	0,042 \$	0,042 \$	0,032 \$	0,032 \$	0,043 \$	0,043 \$
De 40 à 44 ans		0,053 \$	0,053 \$	0,062 \$	0,062 \$	0,045 \$	0,045 \$	0,063 \$	0,063 \$
De 45 à 49 ans		0,080 \$	0,080 \$	0,104 \$	0,104 \$	0,080 \$	0,080 \$	0,128 \$	0,128 \$
De 50 à 54 ans		0,131 \$	0,131 \$	0,182 \$	0,182 \$	0,149 \$	0,149 \$	0,249 \$	0,249 \$
De 55 à 59 ans		0,211 \$	0,211 \$	0,300 \$	0,300 \$	0,281 \$	0,281 \$	0,455 \$	0,455 \$
De 60 à 64 ans		0,314 \$	0,314 \$	0,448 \$	0,448 \$	0,438 \$	0,438 \$	0,700 \$	0,700 \$

N.B. Ces primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

<sup>(1)</sup> Les taux sont basés sur les habitudes de tabagisme de la personne assurée (adhérent ou conjoint). À défaut d'une déclaration de « non-fumeur », le taux « fumeur » s'applique.

# Espace client

**2 minutes pour s'inscrire.**

**48 h pour recevoir un remboursement.**

**Qui dit mieux ?**

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Connectez-vous à  
**[beneva.ca/fr/espace-client](https://beneva.ca/fr/espace-client)**

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h.

2525, boulevard Laurier  
Québec (Québec) G1V 2L2

**1 877 651-8080**

# beneva