



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ) -
RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
RESPONSABLES DE SERVICES DE GARDE
EN MILIEU FAMILIAL**

Police n° N005

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir



Desjardins

Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

**Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Régime d'assurance collective pour les responsables
de services de garde en milieu familial**

Police n° N005

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui prend effet le 1^{er} janvier 2011. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} juillet 2014. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES GARANTIES	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	14
DÉFINITIONS	14
ADMISSIBILITÉ	19
PARTICIPATION	19
CHOIX DE RÉGIME EN ASSURANCES INVALIDITÉ DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE	20
CHOIX DE RÉGIME EN ASSURANCE MALADIE	21
DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ	21
CHANGEMENT DE RÉGIME.....	23
CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION	25
DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION	26
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	29
CESSATION DE L'ASSURANCE	31
FIN DE L'ADMISSIBILITÉ ET INVALIDITÉ EN COURS.....	33
ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL.....	33
PRIMES.....	34
EXONÉRATION DES PRIMES	36
EXAMENS MÉDICAUX	37

DEMANDES DE PRESTATIONS	37
DESCRIPTION DES GARANTIES.....	43
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE.....	43
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE.....	46
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	48
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT ...	49
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE.....	50
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	55
ASSURANCE MALADIE	61

L'assurance soins dentaires est également disponible en vertu du présent régime. Lorsqu'elle est choisie majoritairement par les RSG d'une même ADIM, l'assurance soins dentaires est obligatoire pour toutes les RSG, à moins que la RSG ne fasse la preuve qu'elle est déjà couverte en vertu d'un autre régime d'assurance collective. De plus, une durée minimale de participation à l'assurance soins dentaires de 48 mois est exigée. Une version du présent document incluant cette garantie est disponible aux RSG d'une ADIM ayant choisi l'assurance soins dentaires.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

<u>Assurance vie de base de l'adhérente</u>	
Montant de l'assurance	10 000 \$ ou 25 000 \$, selon le choix de l'adhérente
<u>Assurance vie additionnelle de l'adhérente</u>	
Montant d'assurance disponible	1 à 9 unités de 25 000 \$, avec preuves d'assurabilité, sauf pour la première unité de 25 000 \$, si l'adhérente en fait la demande dans les 180 jours de sa date d'admissibilité
Réduction du montant de l'assurance	Le 1 ^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérente, le montant de l'assurance est réduit de 50 %

<u>Assurance vie des personnes à charge</u>	
	Montant de l'assurance
Conjoint	10 000 \$
Enfant (âgé de 24 heures ou plus)	5 000 \$*
<p>* Dans le cas d'une famille monoparentale, le montant d'assurance payable lors du décès d'un enfant à charge est de 5 000 \$ plus un montant égal à 10 000 \$ divisé par le nombre d'enfants à charge dans la famille à la date du décès de cet enfant à charge.</p>	
<u>Assurance vie additionnelle du conjoint</u>	
Montant d'assurance disponible	1 à 10 unités de 10 000 \$, avec preuves d'assurabilité
Réduction du montant de l'assurance	Le 1 ^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérente, le montant de l'assurance est réduit de 50 %

<u>Assurances invalidité de courte et de longue durée</u>		
Option 1 – Régime de base obligatoire (pour les adhérentes de moins de 60 ans)		
	Assurance invalidité de courte durée	Assurance invalidité de longue durée
Rente	350 \$/semaine	1 500 \$/mois
Statut fiscal de la rente	Non imposable	
Délai de carence • accident/hospitalisation • maladie	Aucun 14 jours civils	105 jours civils 119 jours civils
Durée maximale de la rente	15 semaines	Jusqu'au premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 60 ans

<u>Assurances invalidité de courte et de longue durée</u>		
Option 2 – Régime enrichi facultatif (pour les adhérentes de moins de 65 ans)		
	Assurance invalidité de courte durée	Assurance invalidité de longue durée
Rente	500 \$/semaine	2 000 \$/mois
Statut fiscal de la rente	Non imposable	
Délai de carence		
• accident/hospitalisation	Aucun	105 jours civils
• maladie	14 jours civils	119 jours civils
Durée maximale de la rente	15 semaines	Jusqu'au premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans

Assurance maladie

Voir la section Assurance maladie pour tous les détails relatifs à la garantie, incluant les exclusions, les restrictions et les limitations applicables.

Pour chaque type de frais admissibles, la franchise, la coassurance (pourcentage de remboursement par l'assureur) et le maximum applicable, le cas échéant, sont présentés dans ce tableau.

Tous les frais identifiés par un astérisque (*) dans le tableau doivent être engagés à la suite de la recommandation du médecin traitant pour être considérés comme des frais admissibles.

	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Franchise par année civile	175 \$ (individuelle et monoparentale) / 350 \$ (familiale)	50 \$ (individuelle) / 100 \$ (familiale et monoparentale)	Aucune
Hôpital	100 %, sans franchise chambre semi-privée	100 %, sans franchise chambre semi-privée	100 % chambre semi-privée
Ambulance (par voie terrestre, ferroviaire ou aérienne)	70 %	75 %	80 %

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Médicaments*	<p>1) Médicaments génériques : 70 % †</p> <p>2) Médicaments de marque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70 % † du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis • 68 % † du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis <p>† Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 2 350 \$ de frais, il passe à 100 % pour le reste des frais</p> <p style="text-align: center;">ESI direct</p>	<p>1) Médicaments génériques : 75 % †</p> <p>2) Médicaments de marque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % † du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis • 68 % † du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis <p>† Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 500 \$ de frais, il passe à 100 % pour le reste des frais</p> <p style="text-align: center;">ESI direct</p>	<p>1) Médicaments génériques : 80 % †</p> <p>2) Médicaments de marque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % † du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis • 68 % † du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis <p>† Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 750 \$ de frais, il passe à 100 % pour le reste des frais</p> <p style="text-align: center;">ESI direct</p>

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Assurance voyage	Non couvert	100 %, sans franchise Remboursement maximal viager de 5 000 000 \$	100 % Remboursement maximal viager de 5 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	Non couvert	100 %, sans franchise Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage	100 % Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage
Accessoires pour pompe à insuline*	Non couvert	75 %	80 %
Accident aux dents naturelles (24 mois)	Non couvert	75 %	80 %
Appareils d'assistance respiratoire*	Non couvert	75 %	80 %
Appareils auditifs	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 560 \$ par 48 mois consécutifs	80 % Remboursement maximal de 560 \$ par 48 mois consécutifs
Appareils orthopédiques*	Non couvert	75 %	80 %

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Appareils thérapeutiques*	Non couvert	75 %	80 %
Articles pour stomie*	Non couvert	75 %	80 %
Bas de soutien*	Non couvert	75 % Maximum de 3 paires par année civile	80 % Maximum de 3 paires par année civile
Chaussures orthopédiques*	Non couvert	75 %	80 %
Cure de désintoxication*	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 64 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 30 jours par année civile
Fauteuil roulant conventionnel, marchette et lit d'hôpital*	Non couvert	75 %	80 %
Glucomètre*	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 240 \$ par 36 mois consécutifs	80 % Remboursement maximal de 240 \$ par 36 mois consécutifs

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Injections sclérosantes	Non couvert	La coassurance des médicaments s'applique Remboursement maximal de 28 \$ par injection	La coassurance des médicaments s'applique Remboursement maximal de 28 \$ par injection
Lentilles intraoculaires*	Non couvert	75 %	80 %
Membres artificiels et prothèses externes*	Non couvert	75 %	80 %
Mutilation accidentelle	Non couvert	Aucune franchise et aucune coassurance Montant d'assurance de 25 000 \$ ou 50 000 \$, selon la perte	Aucune coassurance Montant d'assurance de 25 000 \$ ou 50 000 \$, selon la perte
Neurostimulateur transcutané*	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 800 \$ par 60 mois consécutifs	80 % Remboursement maximal de 800 \$ par 60 mois consécutifs
Orthèses plantaires*	Non couvert	75 %	80 %
Pompe à insuline*	Non couvert	75 %	80 %

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Prothèses capillaires*	Non couvert	75 % Remboursement maximal viager de 300 \$	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$
Prothèses mammaires*	Non couvert	75 %	80 %
Soins infirmiers*	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 240 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile
Soutien-gorge postopératoire*	Non couvert	75 % Remboursement maximal viager de 200 \$	80 % Remboursement maximal viager de 200 \$
Stérilets	Non couvert	75 %	80 %
Transport et hébergement pour traitements hors région*	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Acupuncteur	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	80 % Remboursement maximal de 36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile
Audiologiste*	Non couvert	75 %	80 %
Chiropraticien	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	80 % Remboursement maximal de 28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
Radiographie par un chiropraticien	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 40 \$ par radiographie	80 % Remboursement maximal de 40 \$ par radiographie
Diététiste	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
Ergothérapeute*	Non couvert	75 %	80 %

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Homéopathe	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 28 \$ par consultation, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile
Naturopathe, kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile
Orthophoniste*	Non couvert	75 %	80 %
Ostéopathe	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 700 \$ par année civile
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	
Podiatre/podologue	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	80 % Remboursement maximal de 36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile

Frais admissibles	Régime Maladie 1	Régime Maladie 2	Régime Maladie 3
Psychothérapie	Non couvert	50 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile	50 % des premiers 1 000 \$ de frais et 80 % de l'excédent, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année civile

Les montants maximaux exprimés dans ce tableau s'appliquent par personne assurée.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérente

Toute RSG qui :

- 1) est admissible à l'assurance;
- 2) est assurée par l'une ou l'autre des garanties; et
- 3) verse les primes requises selon les modalités établies.

Conjoint

Toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à une adhérente;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérente depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'adhérente, a eu un enfant avec elle et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérente à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
- 2) le conjoint à qui l'adhérente est unie légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'une adhérente.

Délai de carence

La période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations hebdomadaires ou mensuelles d'invalidité.

Enfant à charge

L'enfant célibataire qui :

- 1) a moins de 18 ans et à l'égard duquel l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;

- 3) est majeur et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérente ou de conjoint d'un adhérente, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

État de santé stable (cette définition s'applique à l'Assurance voyage)

État de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Frais raisonnables et d'usage

Frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Grossesse

La grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement et la fausse couche.

Hôpital

Tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, qui assure principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

Hospitalisation

- 1) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle la personne assurée subit une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin; ou
- 2) toute durée pendant laquelle un hôpital accepte de recevoir un patient pour une durée d'au moins 24 heures. De même, le patient gardé sous observation est considéré reçu ou admis au centre hospitalier dès lors que la décision de ce faire est prise par les autorités médicales.

Invalidité totale ou totalement invalide

- 1) Pendant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérente d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;

- 2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérente de se livrer à tout travail rémunérateur pour lequel elle est raisonnablement qualifiée en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

La disponibilité ou non d'un tel travail rémunérateur dans la région où réside l'adhérente n'a aucune incidence sur son droit à des prestations.

L'adhérente qui est tenue de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les tâches habituelles de sa fonction principale n'est pas considérée comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins de la police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Médicament équivalent

Médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Personne à charge

Le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérente tel que défini précédemment.

Personne assurée

L'adhérente ou une de ses personnes à charge assurées.

Responsable de services de garde (RSG)

Personne responsable d'un service de garde en milieu familial, faisant partie d'une Alliance des intervenantes en milieu familial (ADIM) affiliée à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et détenant une reconnaissance de son bureau coordonnateur lui permettant d'offrir des services de garde éducatifs à quatre enfants ou plus.

ADMISSIBILITÉ

Une RSG devient admissible à l'assurance :

- 1) à la date de prise d'effet du contrat dans le cas d'une membre de la CSQ;
- 2) après la date de prise d'effet du contrat, à compter de la date à laquelle le preneur confirme à l'assureur qu'elle est devenue membre de la CSQ.

Toute personne à charge d'une adhérente est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérente si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

PARTICIPATION

Pour une RSG admissible, la participation est obligatoire, sauf en ce qui concerne l'assurance vie additionnelle de l'adhérente. Toutefois, une RSG admissible de 60 ans ou plus ne peut participer à l'Option 1 – Régime de base obligatoire des assurances invalidité de courte et de longue durée.

Pour toute personne à charge admissible, la participation à l'assurance maladie est obligatoire. La participation à l'assurance vie des personnes à charge et à l'assurance vie additionnelle du conjoint est facultative.

Une RSG admissible peut toutefois obtenir une suspension volontaire de participation, si au cours des 3 mois précédant sa demande de suspension volontaire, elle a offert des services de garde éducatifs à trois enfants ou moins. Elle doit alors fournir les pièces justificatives suivantes à l'assureur :

- 1) formulaire de demande de suspension volontaire;
- 2) reconnaissance de son bureau coordonnateur confirmant qu'elle peut offrir des services de garde éducatifs à quatre enfants ou plus;
- 3) bordereaux de paiement de la subvention des 3 mois précédant sa demande de suspension volontaire démontrant qu'elle a offert des services de garde éducatifs à trois enfants ou moins durant cette période.

Dans un tel cas, toutes les garanties du régime d'assurance collective sont suspendues irrévocablement pour une période de 12 mois consécutifs commençant le premier jour du mois qui suit la réception de toutes les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Après cette période de 12 mois, la RSG admissible peut à nouveau obtenir une suspension volontaire de participation si elle répond au critère mentionné ci-dessus et fournit de nouvelles pièces justificatives à l'assureur, telles qu'énumérées précédemment.

CHOIX DE RÉGIME EN ASSURANCES INVALIDITÉ DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE

Dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance, l'adhérente peut choisir entre l'Option 1 – Régime de base obligatoire ou l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des garanties d'assurance salaire de courte et de longue durée. L'adhérente doit choisir la même option pour les deux garanties.

En ce qui concerne l'Option 2 – Régime enrichi facultatif, une période minimale de participation de 24 mois est exigée.

CHOIX DE RÉGIME EN ASSURANCE MALADIE

Dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance, l'adhérente peut choisir entre les régimes Maladie 1, 2 ou 3 de l'assurance maladie.

En ce qui concerne les régimes Maladie 2 et 3, une période minimale de participation est exigée, selon les modalités suivantes :

- 1) 12 mois pour le régime Maladie 2;
- 2) 24 mois pour le régime Maladie 3.

DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Toute demande d'adhésion doit être transmise à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date à laquelle l'admissibilité de l'adhérente et des personnes à charge, s'il y a lieu, a été confirmée à l'assureur par le preneur.

Si ce délai n'est pas respecté, la RSG est assurée à compter du premier jour du mois qui suit la date à laquelle sa demande d'adhésion est reçue par l'assureur pour :

- 1) le régime Maladie 1,
- 2) l'assurance vie de base de l'adhérente,
- 3) l'Option 1 – Régime de base obligatoire des assurances invalidité de courte durée et de longue durée.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour :

- 1) les régimes Maladie 2 ou Maladie 3, si la demande d'adhésion est transmise à l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérente,
- 2) l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée, si la demande d'adhésion est transmise à l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérente,

- 3) l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée, pour une RSG admissible âgée entre 60 et 65 ans.

Des preuves d'assurabilité sont également requises en ce qui concerne les garanties d'assurance vie additionnelle de l'adhérente et du conjoint. Toutefois, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'adhérente pour la première unité de 25 000 \$ d'assurance vie additionnelle, si l'adhérente en fait la demande dans les 180 jours de sa date d'admissibilité.

Une adhérente sans personne à charge doit assurer ses personnes à charge dès que :

- 1) son conjoint devient admissible à l'assurance;
- 2) un enfant devient à sa charge;
- 3) ses personnes à charge cessent d'être assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

Le cas échéant, l'adhérente doit remplir une demande d'adhésion pour ses personnes à charge dans les 30 jours suivant la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance.

Il en est de même pour une adhérente désirant assurer ses personnes à charge en vertu des garanties d'assurance vie.

Une adhérente avec personnes à charge désirant que les garanties d'assurance applicables à son conjoint ou à ses enfants à charge cessent ou soient réduites doit transmettre à cet effet un avis écrit à l'assureur.

CHANGEMENT DE RÉGIME

Assurance vie de base de l'adhérente

L'adhérente qui a choisi un montant d'assurance vie de base de 10 000 \$ peut augmenter ce montant à 25 000 \$ sans preuves d'assurabilité, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet dans les 180 jours suivant sa date d'admissibilité à l'assurance. Si ce délai n'est pas respecté, l'adhérente devra fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour pouvoir augmenter son montant d'assurance vie de base.

Dans tous les cas, si l'adhérente n'est pas en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi au moment où l'augmentation doit entrer en vigueur, l'augmentation prendra effet à la date à laquelle l'adhérente retournera au travail et s'acquittera de toutes ses fonctions.

Assurances invalidité de courte et de longue durée

Les changements d'option à la baisse (de l'Option 2 – Régime enrichi facultatif à l'Option 1 - Régime de base obligatoire) peuvent se faire, sans preuve d'assurabilité, à la condition que l'adhérente soit âgée de moins de 60 ans et que la période minimale de participation de 24 mois à l'Option 2 – Régime enrichi facultatif soit complétée.

Dans un tel cas, l'Option 1 – Régime de base obligatoire entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

Si une adhérente désire changer d'option à la hausse (de l'Option 1 – Régime de base obligatoire à l'Option 2 – Régime enrichi facultatif), des preuves d'assurabilité seront exigées. L'Option 2 – Régime enrichi facultatif entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Dans tous les cas, si l'adhérente n'est pas en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi au moment où la nouvelle option doit entrer en vigueur, le changement prendra effet à la date à laquelle elle retournera au travail et s'acquittera de toutes ses fonctions.

Assurance maladie

Les changements de régime à la hausse (du régime Maladie 1 aux régimes Maladie 2 ou 3, ou du régime Maladie 2 au régime Maladie 3) peuvent se faire, sans preuve d'assurabilité, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet dans les 30 jours suivant un des événements de la vie mentionnés ci-après :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation, divorce, décès du conjoint;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) perte ou obtention de couverture d'assurance du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) perte de la couverture d'assurance des enfants à charge parce qu'ils ne répondent plus à la définition d'enfant à charge ou parce qu'ils sont décédés.

Le régime choisi par l'adhérente à la suite d'un événement de la vie entre en vigueur à la date de cet événement.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 30 jours après la date de l'événement de la vie ou si une adhérente désire changer de régime sans qu'aucun événement de la vie ne soit survenu, des preuves d'assurabilité seront exigées. Le nouveau régime entre alors en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Dans tous les cas, si l'adhérente n'est pas en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi au moment où le nouveau régime doit entrer en vigueur, le changement prendra effet à la date à laquelle elle retournera au travail et s'acquittera de toutes ses fonctions.

Les changements de régime à la baisse (du régime Maladie 3 aux régimes Maladie 1 ou 2, ou du régime Maladie 2 au régime Maladie 1) peuvent se faire à la condition que la période minimale de participation de 12 mois au régime Maladie 2 ou de 24 mois au régime Maladie 3 soit complétée.

Dans un tel cas, le régime choisi par l'adhérente entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

L'adhérente peut **augmenter** son statut de protection en assurance maladie, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection individuelle à une protection monoparentale ou familiale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection familiale.

L'augmentation du statut de protection ne peut se faire que lors de l'ajout de nouvelles personnes à charge à la suite d'un des événements de la vie suivants :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) perte de couverture d'assurance du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement de la vie si l'assureur reçoit la demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement de la vie.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 30 jours après la date de l'événement de la vie, le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

L'adhérente peut **réduire** son statut de protection en assurance maladie, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection familiale à une protection monoparentale ou individuelle;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection individuelle.

Lorsque le statut de protection est réduit en raison d'un événement de la vie ayant occasionné la perte d'une personne à charge, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement de la vie, si l'assureur reçoit la demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement de la vie.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 30 jours après la date de l'événement de la vie ou si la demande n'est pas en lien avec un événement de la vie, le nouveau statut de protection entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

Droit d'exemption

Une adhérente peut s'exempter de participer à l'assurance maladie pourvu qu'elle en avise l'assureur par écrit et à condition qu'elle démontre à l'assureur qu'elle est déjà assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie similaire.

Début du droit d'exemption

L'exemption entre en vigueur à la date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérente, si l'assureur reçoit la demande d'exemption dans les 30 jours suivant cette date.

Si l'autre régime d'assurance collective entre en vigueur alors que l'adhérente et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont couvertes par le présent régime, l'exemption entre en vigueur à la date de prise d'effet de l'autre régime d'assurance collective, si l'assureur reçoit la demande d'exemption dans les 30 jours suivant cette date.

Si l'assureur reçoit la demande d'exemption plus de 30 jours après la date de prise d'effet de l'autre assurance collective, l'exemption entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

Fin du droit d'exemption

Une adhérente qui a été exemptée de participer à l'assurance maladie peut y adhérer pourvu qu'elle établisse à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée par le régime en vertu duquel elle était exemptée. De plus, l'adhérente doit présenter une demande écrite à l'assureur dans laquelle le statut de protection et le régime d'assurance maladie qu'elle désire seront précisés. Cette demande doit être faite dans les 30 jours suivant la cessation du régime en vertu duquel elle était exemptée.

L'assurance prend alors effet à la date de cessation du régime en vertu duquel elle était exemptée.

Si l'adhérente présente sa demande écrite à l'assureur plus de 30 jours après la cessation du régime en vertu duquel elle était exemptée, le régime Maladie 1 prend effet le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur. Si elle choisit le régime Maladie 2 ou le régime Maladie 3, des preuves d'assurabilité seront exigées.

Personne assurée de 65 ans ou plus

En ce qui concerne l'assurance maladie, l'adhérente qui atteint l'âge de 65 ans peut, en avisant l'assureur par écrit, choisir de :

- 1) demeurer assurée en vertu de cette garantie en payant la prime prévue à cet effet. Dans ce cas, elle devra se désengager auprès de la RAMQ pour les médicaments, ou
- 2) demeurer inscrite au Régime public d'assurance médicaments du gouvernement du Québec. Dans ce dernier cas, l'assurance maladie du présent régime prend fin définitivement et l'adhérente ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

De même, tout conjoint qui atteint 65 ans est assurée d'office par le Régime public d'assurance médicaments du gouvernement du Québec. Si toutefois il désire maintenir en vigueur l'assurance maladie après son 65^e anniversaire de naissance, l'adhérente doit en faire la demande par écrit à l'assureur et l'accompagner d'une confirmation à l'effet que son conjoint est désengagé auprès de la RAMQ pour les médicaments. L'assureur déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour l'assurer, s'il y a lieu. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de l'assurance maladie si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.

Si le conjoint choisit de demeurer inscrit au Régime public d'assurance médicaments du gouvernement du Québec, l'assurance maladie du présent régime prend fin définitivement et le conjoint ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Pour la RSG

L'assurance de toute RSG prend effet le premier jour du mois qui suit la date à laquelle tous les formulaires d'adhésion dûment remplis sont reçus par l'assureur, pourvu que l'assureur les ait reçus dans les 30 jours suivant la date à laquelle il les a expédiés à la RSG. À la date de prise d'effet de l'assurance, la RSG doit être en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

Si les formulaires sont reçus après ce délai, l'assurance de la RSG prend effet le premier jour du mois qui suit la date à laquelle les formulaires d'adhésion dûment remplis sont reçus par l'assureur pour :

- 1) le régime Maladie 1;
- 2) l'assurance vie de base de l'adhérente;
- 3) l'Option 1 – Régime de base obligatoire des assurances invalidité de courte durée et de longue durée.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour :

- 1) les régimes Maladie 2 ou Maladie 3, si la demande d'adhésion est transmise à l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérente,
- 2) l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée, si la demande d'adhésion est transmise à l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérente,
- 3) l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée, pour une RSG admissible âgée entre 60 et 65 ans.

L'assurance prend alors effet :

- 1) à la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de la RSG, pour les régimes Maladie 2 ou Maladie 3,

- 2) le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de la RSG, pour l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée.

Pour les personnes à charge

L'assurance des personnes à charge d'une adhérente prend effet à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérente;
- 2) la date à laquelle l'adhérente remplit la demande d'adhésion pour ses personnes à charge, pourvu que cette demande soit soumise par écrit dans les 30 jours suivant leur date d'admissibilité;
- 3) si l'adhérente soumet la demande d'adhésion pour ses personnes à charge plus de 30 jours après leur date d'admissibilité :
 - a) le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur reçoit la demande d'adhésion, en ce qui concerne l'assurance maladie;
 - b) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, en ce qui concerne les autres garanties.

L'assurance de toute personne qui devient une personne à charge admissible d'une adhérente qui a souscrit l'assurance des personnes à charge prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital.

CESSATION DE L'ASSURANCE

Pour la RSG

Sous réserve de toute disposition contraire prévue ailleurs au contrat, l'assurance de toute adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat d'assurance collective;
- 2) la date d'échéance de toute prime impayée;
- 3) la date à laquelle l'adhérente cesse d'être admissible à l'assurance;
- 4) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite;
- 5) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 60 ans pour ce qui est de l'Option 1 – Régime de base obligatoire des assurances invalidité de courte et de longue durée;
- 6) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est de l'Option 2 – Régime enrichi facultatif des assurances invalidité de courte et de longue durée;
- 7) pour ce qui est de l'assurance maladie, l'une ou l'autre des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans, si elle choisit d'adhérer au régime public d'assurance médicaments du gouvernement du Québec;
 - b) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite, si, lorsqu'elle a atteint l'âge de 65 ans, elle a choisi de demeurer assurée en vertu du présent régime.

Lorsque l'assurance maladie prend fin, l'adhérente peut, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de son assurance, adhérer à un régime individuel d'assurance maladie ne comportant pas d'assurance médicaments ou au régime collectif d'assurance offert aux membres de l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ – CSQ). Dans ce cas, l'adhérente doit s'adresser à son ADIM ou à l'AREQ - CSQ.

Pour les personnes à charge

Sous réserve de toute disposition contraire prévue ailleurs au contrat, l'assurance de toute personne à charge d'une adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat d'assurance collective;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de la fin de l'assurance de l'adhérente;
- 4) la date à laquelle l'adhérente cesse d'avoir des personnes à charge;
- 5) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être une personne à charge admissible;
- 6) la date de prise d'effet du nouveau statut de protection d'une adhérente désirant réduire son statut de protection d'une protection familiale à une protection individuelle ou monoparentale, selon le cas.

FIN DE L'ADMISSIBILITÉ ET INVALIDITÉ EN COURS

Lorsqu'une adhérente cesse d'être admissible à l'assurance durant une invalidité mais avant le début de l'exonération de la prime, toutes les garanties, sauf l'assurance invalidité de courte durée, se terminent à la date de fin de l'admissibilité. Seules les garanties d'assurance vie de base de l'adhérente, d'assurance vie additionnelle de l'adhérente, d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance vie additionnelle du conjoint et d'assurance invalidité de longue durée seront remises en vigueur avec une exonération de la prime lorsque les prestations d'assurance invalidité de longue durée seront payables, en autant que l'invalidité totale se poursuive.

ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

- 1) Congé sans traitement, retrait préventif ou congé pour raisons de maternité, familiales ou parentales

Lors d'une absence temporaire du travail par suite d'un congé sans traitement, d'un retrait préventif ou d'un congé pour raisons de maternité, familiales ou parentales, l'adhérente peut demeurer assurée pour l'ensemble des garanties si les primes continuent à être versées.

Si l'adhérente choisit de ne pas demeurer assurée pour l'ensemble des garanties, elle doit quand même maintenir le régime Maladie 1, sous réserve du paiement des primes. Les autres garanties seront alors suspendues à compter du premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur reçoit la demande de suspension. Elles seront remises en vigueur à compter de la date de retour au travail de l'adhérente.

Important : avant le début de l'absence, l'adhérente doit confirmer à l'assureur la date du début de l'absence, la date prévue du retour au travail et les garanties qu'elle désire maintenir en vigueur durant son absence.

Si une invalidité totale survient durant l'absence ou le congé, l'invalidité totale :

- a) est réputée commencer à la date prévue de retour au travail, si l'adhérente a choisi de demeurer assurée pour l'ensemble des garanties pour toute la durée de l'absence ou du congé;
 - b) ne fera l'objet d'aucun versement de prestations d'assurance invalidité que ce soit pendant l'absence ou le congé, ou après la date prévue de retour au travail, si l'adhérente a choisi de ne demeurer assurée que pour le régime Maladie 1.
- 2) Grève ou lock-out

Lors d'une absence temporaire du travail en raison d'une grève ou d'un lock-out, l'adhérente demeure assurée pour l'ensemble des garanties si les primes continuent à être versées.

- 3) Libération syndicale

Lors d'une absence temporaire du travail en raison d'une libération syndicale, l'adhérente demeure assurée pour l'ensemble des garanties si les primes continuent à être versées.

PRIMES

Les primes sont payables à l'assureur par l'adhérente, par prélèvement bancaire, à la date d'échéance de la prime, soit le 15^e jour du mois qui suit le mois pour lequel les primes sont exigibles. La prime à remettre est constituée du total des primes exigibles pour chacune des garanties détenues par l'adhérente à cette date, selon les taux établis par l'assureur et convenus avec le preneur.

L'assureur accorde un délai de grâce de 31 jours après la date d'échéance de la prime. Au cours du délai de grâce, l'assurance de l'adhérente est maintenue en vigueur. Si la prime est toujours en souffrance à l'expiration de ce délai de grâce, l'assurance est alors résiliée. Néanmoins, toutes les primes en souffrance, y compris les primes échues pendant le délai de grâce, demeurent payables à l'expiration du délai de grâce. Si l'assurance a été résiliée et que l'adhérente désire être de nouveau assurée, l'assurance sera remise en vigueur à compter du premier jour du mois qui suit la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur.

La prime exigible pour chaque adhérente ne varie pas avant la fin de la période pendant laquelle l'assureur garantit que les taux de prime applicables au contrat ne seront pas modifiés. Toutefois, la prime peut être modifiée dans les cas suivants :

- 1) l'adhérente a fait un changement de régime;
- 2) l'adhérente a fait un changement de statut de protection;
- 3) l'âge de l'adhérente ou du conjoint a changé et il en résulte un changement de groupe d'âge en assurance vie additionnelle. Dans un tel cas, la prime est modifiée le 1^{er} janvier qui suit l'anniversaire de naissance de l'adhérente ou du conjoint.

Si l'assurance d'une adhérente entre en vigueur ou prend fin à une autre date que la date d'échéance de la prime, ou si la prime d'une adhérente est modifiée à une autre date que la date d'échéance de la prime, aucun redressement de prime n'est effectué à cet égard.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide, aucune prime n'est payable pour l'ensemble de ses garanties d'assurance, à compter du premier jour du mois qui suit la fin du délai de carence prévu en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée. L'exonération des primes prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- 1) pour l'adhérente ayant opté pour l'Option 1 – Régime de base obligatoire pour les assurances invalidité de courte et de longue durée, la date à laquelle elle atteint l'âge de 60 ans ou la date de sa retraite, si antérieure;
- 2) pour l'adhérente ayant opté pour l'Option 2 – Régime enrichi facultatif pour les assurances invalidité de courte et de longue durée, la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans ou la date de sa retraite, si antérieure;
- 3) la date de fin du contrat d'assurance collective, sauf s'il s'agit de l'assurance vie de base de l'adhérente, l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance vie additionnelle de l'adhérente et du conjoint, et l'assurance invalidité de longue durée;
- 4) la date à laquelle l'adhérente est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérente cesse d'être totalement invalide.

Lorsque l'exonération des primes prend fin, l'adhérente doit recommencer à payer les primes applicables aux garanties pour lesquelles elle est toujours admissible.

Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.

Afin d'être exonérée du paiement de ses primes, l'adhérente doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérente devient totalement invalide. L'assureur doit également recevoir un rapport médical attestant de l'invalidité totale dans les 90 jours suivant la date à laquelle il reçoit l'avis écrit. Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 12 mois suivant la date du début de cette récurrence.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des médecins ou par un ou des professionnels de la santé de son choix.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Ces formulaires sont disponibles auprès de l'assureur.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestation qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit à la prestation.

Assurance vie et assurance invalidité

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

Assurance maladie

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance, il suffit de présenter au pharmacien la carte fournie par l'assureur sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de l'adhérente. Le mode de paiement prévu par le présent régime est « direct » et permet à l'adhérente de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle a engagés.

Si la personne assurée est couverte par le présent régime et un autre régime qui prévoit le remboursement des frais de médicaments au moyen d'une carte de paiement direct, elle peut présenter ses deux cartes au pharmacien afin que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat, tel qu'indiqué sous la rubrique **Coordination des prestations** de la présente disposition.

Dans le cas de la perte ou du vol de cette carte, l'adhérente doit communiquer sans délai avec l'assureur aux numéros indiqués à la fin de la présente section.

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement direct, l'adhérente doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y joindre l'original des factures acquittées.

Pour tout autre achat

L'assureur recommande à l'adhérente de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé.

Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, l'adhérente devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour toute demande de prestations, l'adhérente doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y joindre l'original des factures acquittées.

Remboursement à la suite d'une annulation de voyage

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
- 3) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

Coordination des prestations

Si une personne qui est couverte par l'assurance maladie du contrat est également assurée en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations en vertu du contrat est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne assurée.

Dans le cadre de la présente disposition, « régime » désigne le contrat et tout régime fournissant des prestations ou des services en vertu :

- 1) des autres régimes d'assurance collective;
- 2) de toute autre forme de contrat, assuré ou non, couvrant les membres d'un groupe;
- 3) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi.

Le terme « régime » est interprété distinctement selon qu'il désigne une police, un contrat ou un autre arrangement visant des prestations ou des services ou selon qu'il désigne la partie de la police, du contrat ou de l'autre arrangement qui comporte le droit de pouvoir tenir compte des prestations ou services d'autres régimes pour fixer ses propres prestations, ou la partie qui ne comporte pas un tel droit.

Les demandes de prestations dûment remplies doivent être adressées à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, la personne assurée peut communiquer directement avec le service à la clientèle de l'assureur aux numéros de téléphone ci-dessous :

- **Prestations d'assurance maladie et d'assurance voyage ou pour demander une nouvelle carte de paiement de médicaments :**
 - **418 838-2280 (Région de Québec)**
 - **1 877 538-2280 (autres régions, numéro sans frais)**

- **Prestations d'assurance invalidité**
 - **418 838-7750 (Région de Québec)**
 - **1 877 838-7750 (autres régions, numéro sans frais)**

- **Vous pouvez également nous contacter par courrier électronique à l'adresse suivante :**
 - **servicecollectif@dsf.ca**

Site Internet pour les adhérentes

Vous pouvez consulter la présente brochure sur notre site Internet à l'adresse suivante : www.dsf.ca. Pour y accéder, suivez les étapes suivantes :

- 1) Sélectionnez **Adhérents – assurance collective** dans le menu déroulant de la zone **Accès sécurisé**.
- 2) Lors de votre première visite, cliquez sur le lien **S'inscrire** et suivez les instructions à l'écran.
- 3) Si vous êtes déjà inscrite, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur **Confirmer**.
- 4) Dans la section Je me renseigne, cliquez sur **Information sur le régime**.
- 5) Cliquez sur l'hyperlien qui représente votre brochure explicative.

Une fois inscrite, vous pouvez également

- 1) adhérer au service de dépôt direct et d'avis électronique;
- 2) consulter l'historique et l'état de vos demandes de prestations d'assurance maladie;
- 3) imprimer des formulaires préremplis pour soumettre vos demandes de prestations.

Pour accéder à ces informations, cliquez sur l'hyperlien correspondant de la section « Je veux ».

Demandes de modifications :

L'adhérente doit se procurer le ou les formulaires requis auprès de l'assureur et les retourner dûment remplis à l'adresse indiquée précédemment.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE

Au décès d'une adhérente, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'un montant d'assurance, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Montant de l'assurance au décès d'une adhérente de moins de 65 ans

Un montant fixe de 10 000 \$ ou de 25 000 \$, selon le choix de l'adhérente.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérente peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quand à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

Droit de transformation

Lorsque l'assurance vie de base de l'adhérente prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, ou est réduite, si une disposition relative à la réduction du montant de l'assurance s'applique, l'adhérente a le droit de transformer son assurance vie de base en une assurance vie individuelle distincte, aux taux et conditions fixés par l'assureur et sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. Ce droit de transformation prend fin 31 jours après la date à laquelle l'adhérente a cessé d'être admissible à l'assurance. Pour la première année du contrat individuel, elle peut payer une prime d'assurance temporaire.

Paiement anticipé

Sur acceptation de l'assureur, toute adhérente totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérente soit examinée par un médecin désigné par l'assureur;
- 2) l'adhérente totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérente du contrat;
- 3) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérente doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base indiqué au **RÉSUMÉ DES GARANTIES**. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu de l'assurance vie de base est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

L'adhérente ayant bénéficié d'un versement anticipé demeure responsable du versement de la prime, à moins qu'elle ne soit exonérée du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérente totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérente totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

Exclusion afférente au paiement anticipé: L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la couverture est nulle et non avenue, l'adhérente ayant bénéficié d'un paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

NOTE : Seules les adhérentes ayant opté pour un montant d'assurance vie de base de 25 000 \$ peuvent obtenir de l'assurance vie additionnelle.

Au décès d'une adhérente, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'un montant d'assurance supplémentaire égal au nombre d'unités de 25 000 \$ choisi par l'adhérente, jusqu'à concurrence d'un maximum de 225 000 \$.

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'adhérente pour la première unité de 25 000 \$ d'assurance vie additionnelle, si l'adhérente en fait la demande dans les 180 jours de sa date d'admissibilité. Des preuves d'assurabilité sont exigées dans tous les autres cas.

Réduction du montant de l'assurance

(en pourcentage du montant d'assurance détenu immédiatement auparavant)

Réduction de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérente.

Exclusion en cas de suicide

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie additionnelle si l'adhérente décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, au cours des douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation du montant de l'assurance, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérente peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quand à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

Droit de transformation

L'adhérente peut transformer son assurance vie additionnelle en une assurance vie individuelle distincte, aux mêmes conditions que son assurance vie de base.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'une personne à charge assurée, l'assurance vie des personnes à charge prévoit le paiement d'un montant d'assurance, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Montant de l'assurance

Conjoint : 10 000 \$

Chaque enfant à charge
de 24 heures ou plus : 5 000 \$

* Dans le cas d'une famille monoparentale, le montant d'assurance payable lors du décès d'un enfant à charge est de 5 000 \$ plus un montant égal à 10 000 \$ divisé par le nombre d'enfants à charge dans la famille à la date du décès de cet enfant à charge.

Bénéficiaire

Cette somme est payable, dans l'ordre, soit à l'adhérente, soit à son conjoint, soit aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.

Droit de transformation

Le conjoint d'une adhérente peut se prévaloir du droit de transformation lorsqu'il cesse d'être admissible à l'assurance collective ou par suite du décès de l'adhérente ou de sa cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe. Ce droit de transformation prend fin 31 jours après la date à laquelle le conjoint a cessé d'être admissible à l'assurance.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

NOTE : Seuls les conjoints couverts en vertu de l'assurance vie des personnes à charge peuvent bénéficier de la présente garantie.

Au décès du conjoint d'une adhérente, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'un montant d'assurance supplémentaire égal au nombre d'unités de 10 000 \$ choisi par l'adhérente, jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 000 \$.

Des preuves d'assurabilité sont exigées au moment de l'adhésion et lors d'une augmentation du montant d'assurance.

Réduction du montant de l'assurance

(en pourcentage du montant d'assurance détenu immédiatement auparavant)

Réduction de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérente.

Exclusion en cas de suicide

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie additionnelle si le conjoint de l'adhérente décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Bénéficiaire

Cette somme est payable, dans l'ordre, soit à l'adhérente soit aux héritiers légaux du conjoint décédé.

Droit de transformation

Le conjoint de l'adhérente peut transformer son assurance vie additionnelle en une assurance vie individuelle distincte, aux mêmes conditions que son assurance vie de base.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, elle a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, après l'épuisement du délai de carence et selon ce qui est indiqué ci-après.

Rente hebdomadaire

Option 1 – Régime de base obligatoire : la rente hebdomadaire est établie à 350 \$.

Option 2 – Régime enrichi facultatif : la rente hebdomadaire est établie à 500 \$.

Cette rente n'est pas imposable.

Délai de carence

En cas d'accident ou d'hospitalisation : aucun délai de carence

En cas de maladie : 14 jours civils

Si l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident ayant débuté lors d'une absence temporaire du travail au cours de laquelle l'assurance a été maintenue en vigueur, le délai de carence ne commence à courir qu'à la date prévue de retour au travail.

Durée maximale de la rente

La rente est payable pendant un maximum de 15 semaines par période d'invalidité totale et ne peut pas se poursuivre après le :

- 1) 60^e anniversaire de naissance de l'adhérente ayant opté pour l'Option 1 – Régime de base obligatoire, ou
- 2) 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ayant opté pour l'Option 2 – Régime enrichi facultatif.

Toutefois, si l'adhérente invalide atteint 60 ans (pour l'Option 1 – Régime de base obligatoire) ou 65 ans (pour l'Option 2 – Régime enrichi facultatif) et n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations, la rente se poursuit jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérente a reçu des prestations pendant 15 semaines;
- 2) la date à laquelle l'adhérente cesse d'être totalement invalide;
- 3) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/7 pour chaque jour d'invalidité totale.

Réduction de la rente

La rente ainsi déterminée est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu :

- 1) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute loi équivalente;
- 2) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, s'il y a lieu;
- 3) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge;
- 4) de toute autre loi fédérale ou provinciale.

À cet égard, seuls les montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu, et non de leur indexation ultérieure, seront pris en considération.

L'assureur se réserve le droit de réduire ainsi la rente de l'adhérente si cette dernière néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérente de démontrer qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés.

Périodes successives d'invalidité totale

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à une même cause ou à des causes connexes comme étant une même période d'invalidité totale, sauf si elles sont séparées d'au moins 31 jours consécutifs de travail à temps plein.

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas du tout reliées entre elles comme étant une même période d'invalidité totale, à moins d'être séparées d'au moins un jour de travail à temps plein.

Dans tous les cas, la rente hebdomadaire payable pour des périodes successives d'invalidité totale considérées comme une même période d'invalidité totale sera calculée en fonction de l'Option en vigueur lors de la première période d'invalidité totale.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du régime.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 2) qui résulte d'une blessure que l'adhérente s'est volontairement infligée, qu'elle ait été consciente de ses actes ou non;

- 3) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- 4) qui résulte, directement ou indirectement, de toute guerre déclarée ou non, ou du service actif de l'adhérente dans les forces armées d'un pays;
- 5) qui résulte d'une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- 6) qui résulte des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérente était couverte en vertu du contrat;
- 7) pour laquelle l'adhérente néglige ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;
- 8) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérente reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité;
- 9) qui résulte du fait pour l'adhérente d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'elle était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

L'assureur ne verse aucune prestation pendant toute période d'absence temporaire du travail, **pour une invalidité totale survenue** au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) pendant la période au cours de laquelle l'adhérente prend un congé de maternité, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

- 2) pendant la période au cours de laquelle l'adhérente prend un congé parental ou familial conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant l'emprisonnement de l'adhérente par suite d'une condamnation pour infraction;
- 4) lorsque l'adhérente séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, elle a droit au paiement d'une rente mensuelle si elle demeure invalide après l'expiration du délai de carence et selon ce qui est indiqué ci-après.

Rente mensuelle

Option 1 – Régime de base obligatoire : la rente mensuelle est établie à 1 500 \$.

Option 2 – Régime enrichi facultatif : la rente mensuelle est établie à 2 000 \$.

Cette rente n'est pas imposable.

Délai de carence

Cent cinq (105) jours civils, en cas d'accident ou d'hospitalisation, ou 119 jours civils, en cas de maladie, ou jusqu'à la fin de la période maximale de la rente prévue en assurance invalidité de courte durée, selon la dernière éventualité.

Si l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident ayant débuté lors d'une absence temporaire du travail au cours de laquelle l'assurance a été maintenue en vigueur, le délai de carence ne commence à courir qu'à la date prévue de retour au travail.

Durée maximale de la rente

La rente est payable pendant la durée de l'invalidité totale. Toutefois, elle prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérente s'adonne à :
 - a) toute tâche rémunératrice de sa fonction principale autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée, pendant le délai de carence et les 24 mois qui suivent;

- b) toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée, après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent;
- 2) le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 60 ans, pour l'adhérente ayant opté pour l'Option 1 – Régime de base obligatoire;
- 3) le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans, pour l'adhérente ayant opté pour l'Option 2 – Régime enrichi facultatif;
- 4) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée au prorata du nombre de jours d'invalidité totale.

Réduction de la rente

La rente ainsi déterminée est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu :

- 1) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute loi équivalente;
- 2) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, s'il y a lieu;
- 3) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge;
- 4) de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- 5) d'un régime de retraite privé.

À cet égard, seuls les montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu, et non de leur indexation ultérieure, seront pris en considération.

L'assureur se réserve le droit de réduire ainsi la rente de l'adhérente si cette dernière néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérente de démontrer qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés.

Périodes successives d'invalidité totale

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à une même cause ou à des causes connexes comme étant une même période d'invalidité totale, sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) 31 jours consécutifs de travail à temps plein durant le délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée; ou
- 2) six mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas du tout reliées entre elles comme étant une même période d'invalidité totale, à moins d'être séparées d'au moins un jour de travail à temps plein.

Dans tous les cas, la rente mensuelle payable pour des périodes successives d'invalidité totale considérées comme une même période d'invalidité totale sera calculée en fonction de l'Option en vigueur lors de la première période d'invalidité.

Programme de réadaptation

L'adhérente totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur. Dans pareil cas, la rente payable à l'adhérente est réduite de 50 % de toute rémunération ou tout revenu qu'elle reçoit pendant la période de réadaptation, et aussi longtemps que ce travail est considéré comme un travail de réadaptation par l'assureur. De plus, le revenu total provenant de toutes sources ne doit en aucun cas excéder 100 % de son salaire mensuel net.

Tout travail rémunérateur pour lequel l'adhérente est raisonnablement qualifiée en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience est considéré comme un programme de réadaptation, en autant que ce travail soit exercé alors que l'adhérente est incapable d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale sans exception.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du régime.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 2) qui résulte d'une blessure que l'adhérente s'est volontairement infligée, qu'elle ait été consciente de ses actes ou non;
- 3) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- 4) qui résulte directement ou indirectement de toute guerre, déclarée ou non, ou du service actif de l'adhérente dans les forces armées d'un pays;

- 5) qui résulte d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
- 6) qui résulte de soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérente était couverte en vertu du contrat;
- 7) pour laquelle l'adhérente néglige ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;
- 8) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérente reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité;
- 9) qui résulte du fait pour l'adhérente d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'elle était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

L'assureur ne verse aucune prestation pendant toute période d'absence temporaire du travail, **pour une invalidité totale survenue** au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) pendant la période au cours de laquelle l'adhérente prend un congé de maternité, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 2) pendant la période au cours de laquelle l'adhérente prend un congé parental ou familial conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant l'emprisonnement de l'adhérente par suite d'une condamnation pour infraction;

- 4) lorsque l'adhérente séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

ASSURANCE MALADIE

Lorsqu'une adhérente engage des frais, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, elle a droit au remboursement des frais admissibles décrits ci-après.

Les frais admissibles sont ceux engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et d'usage normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérente ou de ses personnes à charge assurées.

Prendre note :

Les frais engagés par l'adhérente ou ses personnes à charge assurées, le cas échéant, à la suite d'une lésion professionnelle ou d'un accident de la route doivent être réclamés auprès de la CSST ou de la SAAQ, selon le cas, et non pas auprès de l'assureur du présent régime d'assurance collective.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU RÉGIME MALADIE 1

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le régime choisi par l'adhérente.

Frais de médicaments

Franchise :

- 1) 175 \$ pour une protection individuelle ou monoparentale par année civile
- 2) 350 \$ pour une protection familiale par année civile

Coassurance :

- 1) Médicaments génériques : 70 % †
- 2) Médicaments de marque :
 - 70 % † du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué
 - 68 % † du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué;

† Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 2 350 \$ de frais admissibles par famille par année civile, il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Les médicaments admissibles doivent être prescrits par un médecin et sont les médicaments et autres produits couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception dans la liste RAMQ », ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU RÉGIME MALADIE 1, DU RÉGIME MALADIE 2 ET DU RÉGIME MALADIE 3

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le régime choisi par l'adhérente.

Franchise - Régime Maladie 1 :
175 \$ pour une protection individuelle ou monoparentale, ou
350 \$ pour une protection familiale, par année civile

Franchise - Régime Maladie 2 :
50 \$ pour une protection individuelle, ou 100 \$ pour une
protection familiale ou monoparentale, par année civile

Franchise - Régime Maladie 3 : aucune

Frais hospitaliers

Les frais hospitaliers ne sont pas assujettis à la franchise.

Coassurance : 100 %

Les frais hospitaliers engagés au Canada, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Frais de transport dans une ambulance autorisée

Coassurance - Régime Maladie 1 : 70 %

Coassurance - Régime Maladie 2 : 75 %

Coassurance - Régime Maladie 3 : 80 %

Les frais de transport dans une **ambulance** autorisée, par voie terrestre, ferroviaire ou aérienne, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

- 1) pour le transport d'urgence du lieu où s'est produite la lésion corporelle ou la maladie jusqu'au plus proche hôpital dans lequel peut être administré un traitement approprié;
- 2) entre deux hôpitaux; ou
- 3) d'un hôpital au domicile de la personne assurée.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU RÉGIME MALADIE 2 ET DU RÉGIME MALADIE 3

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le régime choisi par l'adhérente.

Franchise - Régime Maladie 2 :

50 \$ pour une protection individuelle, ou 100 \$ pour une protection familiale ou monoparentale, par année civile

Franchise - Régime Maladie 3 : aucune

Frais de médicaments

Coassurance - Régime Maladie 2 :

- 1) Médicaments génériques : 75 % [†]
- 2) Médicaments de marque :
 - 75 % [†] du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si médecin soumet le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué
 - 68 % [†] du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué;

[†] Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 500 \$ de frais admissibles par famille par année civile, il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Coassurance - Régime Maladie 3 :

- 1) Médicaments génériques : 80 % [†]
- 2) Médicaments de marque :
 - 80 % [†] du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué
 - 68 % [†] du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et si le médecin ne soumet pas le formulaire requis précisant que le médicament prescrit ne doit pas être substitué;

[†] Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 750 \$ de frais admissibles par famille par année civile, il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Les médicaments admissibles doivent être prescrits par un médecin et sont les suivants :

- 1) les médicaments et autres produits couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec;
- 2) les médicaments nécessaires à la thérapeutique qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale (codés Pr, C ou N dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont débités par un pharmacien ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien;

- 3) les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome;
- 4) les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 28 \$ par injection, par personne assurée.

Frais paramédicaux

Coassurance - Régime Maladie 2 : 75 %

Coassurance - Régime Maladie 3 : 80 %

- 1) Les frais d'achat d'**accessoires pour pompe à insuline** prescrits par un médecin.
- 2) Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions par suite d'un **accident aux dents naturelles**, pourvu que l'accident soit survenu en cours d'assurance et que les traitements soient donnés moins de 24 mois après la date de cet accident.
- 3) Les frais de location d'un **appareil d'assistance respiratoire** ou d'un autre appareil de même nature prescrit par un médecin.
- 4) Les frais d'achat d'**appareils auditifs**, y compris les cas de remplacement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 560 \$ par personne assurée par période de 48 mois consécutifs.

- 5) Les frais d'achat ou de location d'**appareils orthopédiques** tels les bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles et plâtres prescrits par un médecin. Les frais de réparation ou de remplacement ne sont pas compris.
- 6) Les frais d'achat ou de location d'**appareils thérapeutiques** prescrits par un médecin.
- 7) Les frais d'achat d'**articles pour stomie** prescrits par un médecin.
- 8) Les frais d'achat de **bas de soutien** à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (21mm/Hg et plus), prescrits par un médecin et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de trois paires par année civile par personne assurée.
- 9) Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** prescrites par un médecin. Sont considérées comme orthopédiques les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour une personne à partir d'un moulage, dans le but de corriger un défaut du pied, et les chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que celles qui sont nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible. Les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.
- 10) Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un **fauteuil roulant conventionnel, d'une marchette ou d'un lit d'hôpital** prescrits par un médecin.
- 11) Les frais d'achat d'un **glucomètre**, prescrit par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 240 \$ par personne assurée, par période de 36 mois consécutifs.
- 12) Les frais d'achat de **lentilles intraoculaires**, prescrites par un médecin, rendues nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte.

- 13) Les frais d'achat d'un **membre artificiel**, y compris les frais de réparation. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique. Les frais d'achat d'un **oeil artificiel**, y compris les frais relatifs à un polissage de l'œil artificiel ou à une refection, par année civile, par personne assurée.
- 14) Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un **neurostimulateur transcutané** prescrit par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 800 \$ par personne assurée, pour toute période de 60 mois consécutifs.
- 15) Les frais d'achat ou de modification d'**orthèses plantaires** prescrites par un médecin, jusqu'à concurrence des tarifs prévus dans le Guide de tarification suggérée par l'Association nationale des orthésistes du pied.
- 16) Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** prescrite par un médecin.
- 17) Les **professionnels** suivants doivent être membres en règle de leur association professionnelle (ou l'équivalent dans le cas des podologues) et, en ce qui concerne la psychothérapie, détenir le permis requis, pour que les frais engagés soient considérés comme admissibles aux fins de l'assurance. Les services fournis par chaque type de professionnel mentionné ci-après sont limités au remboursement maximal par personne assurée.

PROFESSIONNEL	RÉGIME MALADIE 2	RÉGIME MALADIE 3
Acupuncteur	20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile
Audiologiste (sur recommandation médicale)	Couvert	Couvert

PROFESSIONNEL	RÉGIME MALADIE 2	RÉGIME MALADIE 3
Chiropraticien	20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile	28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
	Radiographies prises par un chiropraticien : remboursement maximal de 40 \$ par radiographie par personne assurée	
Diététiste	Non couvert	28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
Ergothérapeute (sur recommandation médicale)	Couvert	Couvert
Homéopathe	Non couvert	28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence de 600 \$ par année civile
Naturopathe, kinésithérapeute, massothérapeute ou orthothérapeute	Non couvert	28 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 600 \$ par année civile
Orthophoniste (sur recommandation médicale)	Couvert	Couvert

PROFESSIONNEL	RÉGIME MALADIE 2	RÉGIME MALADIE 3
Ostéopathe	Non couvert	36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 700 \$ par année civile
Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique	20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 400 \$ par année civile	
Podiatre ou podologue	20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 400 \$ par année civile	36 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 600 \$ par année civile
Psychothérapie	50 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile	50 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles et 80 % de l'excédent, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année civile

- 18) Les frais d'achat de **prothèses capillaires**, prescrites par un médecin et nécessaires à la suite de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal viager de 300 \$ par personne assurée.
- 19) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire** prescrite par un médecin, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie.
- 20) Les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal viager de 200 \$ par personne assurée.
- 21) Les frais d'achat d'un **stérilet**.

22) Assurance en cas de mutilation accidentelle

Lorsqu'une adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du présent régime subit l'une des pertes énumérées à la « Table des pertes » et que cette perte est causée, indirectement ou indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels, et survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que la personne concernée soit protégée par le présent régime à la date de l'accident, l'Assureur paie, conformément aux dispositions du présent régime, le montant prévu à la « Table des pertes » sans toutefois dépasser 50 000 \$ pour toutes les pertes relatives au même accident.

TABLE DES PERTES	
PERTE	MONTANT
• Des 2 mains ou des 2 pieds ou la vue des 2 yeux	50 000 \$
• D'une main et d'un pied	50 000 \$
• D'une main et de la vue d'un œil	50 000 \$
• D'un pied et de la vue d'un œil	50 000 \$
• D'une main	25 000 \$
• D'un pied	25 000 \$
• De la vue d'un œil	25 000 \$
Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, ou la perte totale et irréversible de leur usage; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irréversible de la vue.	

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU RÉGIME MALADIE 3 SEULEMENT

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le régime choisi par l'adhérente.

Frais paramédicaux

Franchise : aucune

Coassurance : 80 %

- 1) Les frais engagés pour une **cure de désintoxication** dans une clinique reconnue comme spécialisée dans la réhabilitation des alcooliques ou des toxicomanes, sur prescription du médecin traitant et pourvu que la personne assurée y reçoive effectivement un traitement curatif. La clinique doit être dirigée par un médecin, et la surveillance doit en être assurée par une infirmière autorisée. Les frais admissibles pour les cures de désintoxication sont limités à un maximum de 64 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par année civile, par personne assurée. Le séjour doit être préalablement approuvé par l'assureur.

- 2) Les frais pour les **soins infirmiers** professionnels à domicile d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire autorisés, sur ordonnance écrite d'un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 240 \$ par jour et de 5 000 \$ par année civile par personne assurée. Il est entendu à cet égard que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

3) **Transport et hébergement pour traitements hors région**

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec pour consulter, sur recommandation médicale, un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée doit être transmis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler que la consultation ou le traitement spécialisé a eu lieu ou est rendu à l'endroit où le spécialiste effectue le traitement ou la consultation et pour autant que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée.

Les frais sont admissibles selon les dispositions suivantes :

- a) le transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) du lieu de la résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais sont couverts pour un transporteur public. Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité aux frais qui auraient été engagés avec un transporteur public pour la même destination;
- b) l'hébergement dans un établissement hôtelier, à la suite d'un déplacement du type prévu en a). La nécessité du coucher doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestations;
- c) les frais engagés pour une personne accompagnant la personne assurée sont également admissibles.

L'assureur déduit toute somme versée à cet effet par un régime gouvernemental. Le remboursement de ces frais est limité à un maximum de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.

Le service Info Accès-Santé (régimes Maladie 1, Maladie 2 et Maladie 3)

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérente et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel

Numéro à composer

Partout au Canada

1 877 875-2632

Assurance voyage (régimes Maladie 2 et Maladie 3 seulement)

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal viager de 5 000 000 \$ par personne assurée, et conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

- 1) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	514 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	514 875-9170

FRAIS ADMISSIBLES D'ASSURANCE VOYAGE

- 1) Frais médicaux admissibles :
 - a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
 - b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
 - c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.
- 2) Frais admissibles de transport :
 - a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
 - b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance.
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;

- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
 - g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.
- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.

5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

6) Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;

- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Assurance annulation de voyage (régimes Maladie 2 et Maladie 3)

1) Définitions

Avion désigne un aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Compagnon de voyage désigne la personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).

Défaillance désigne l'insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Fournisseur de services de voyage désigne une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait et une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Hôte à destination désigne une personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Membre de la proche famille désigne le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée.

Membre de la famille désigne tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Perte financière désigne la perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Réunion d'affaires désigne une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Transport public désigne un déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

Voyage désigne une période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

- a) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- b) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

2) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;

- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- j) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou

- ii) éviter tout voyage;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;
- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
 - i) d'une panne mécanique;
 - ii) de l'échouement du navire;
 - iii) de sa mise en quarantaine; ou
 - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;

- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
- i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
 - des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables; ou
 - une catastrophe naturelle; ou
 - ii) retard du véhicule, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.
- 3) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);

- b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.
- 4) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
 - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;
 - ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

- b) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :
 - i) devient malade; ou
 - ii) subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.
- 5) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- 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 de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.
- 6) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en a) et b), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- a) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Pour toute information concernant la garantie d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut contacter :

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Québec	418 838-7843
Région de Montréal	514 285-7843
Appel sans frais	1 800 463-7843

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Exclusions applicables à l'ensemble de l'assurance maladie

Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes 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;
- 3) services, soins et produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
- 4) services, soins et produits que la personne assurée n'est pas tenue de payer;
- 5) frais engagés à la suite d'une blessure que la personne assurée s'est volontairement infligée, qu'elle ait été consciente de ses actes ou non;
- 6) frais engagés à la suite de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- 7) frais qui résultent, directement ou indirectement, de toute guerre, déclarée ou non, ou du service actif de la personne assurée dans les forces armées d'un pays;
- 8) frais engagés du fait pour l'adhérente d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada;

- 9) appréciation de la vision de même que l'achat de lunettes;
- 10) frais engagés à des fins esthétiques, à moins qu'ils soient expressément prévus dans la liste des frais admissibles;
- 11) frais relatifs à des soins ou traitements à titre expérimental;
- 12) frais engagés à la suite d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
- 13) frais engagés pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 14) produits et services servant au traitement de l'infertilité ou à l'insémination artificielle, sauf ce qui est prévu en vertu du Régime général d'assurance médicaments;
- 15) frais engagés pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont expressément prévus dans la liste des frais admissibles;
- 16) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions et restrictions applicables aux médicaments

Aucune prestation n'est versée pour les produits suivants, qu'ils soient ou non considérés comme des médicaments :

- 1) shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
- 2) produits de régime servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
- 3) produits dits naturels et préparations homéopathiques;
- 4) écrans solaires, savons, laxatifs d'usage courant, antiacides stomacaux d'usage courant, émoullients épidermiques, désinfectants et pansements usuels,
- 5) préparations de lait de toute nature pour bébés;

- 6) substances utilisées pour les injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
- 7) produits et médicaments antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu dudit régime relativement à ces produits ou médicaments;
- 8) médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction sexuelle.

Aucune prestation n'est versée pour la contribution financière imposée aux personnes assurées par le Régime public d'assurance médicaments.

Les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le Régime général d'assurance médicaments.

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

Exclusions applicables à l'assurance en cas de mutilation accidentelle

Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :

- 1) frais engagés à la suite d'une tentative de suicide, que la personne assurée ait été consciente de ses actes ou non;
- 2) voyage ou envolée dans tout type d'aéronef lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'un aéronef, sauf si la personne assurée agit en tant que professeur de pilotage, tel que prévu dans une convention collective ou dans un contrat individuel de travail.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- 3) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 5) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;

- 6) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 7) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- 8) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à remboursement viager maximal de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable :

- 1) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- 2) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;

- 3) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;
- 4) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- 5) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- 6) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- 7) pour toute demande de prestations résultant directement ou indirectement d'une blessure que la personne s'est infligée elle-même, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait été consciente ou non de ses actes;
- 8) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manoeuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;

- 9) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
- a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 10) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- 11) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;
- 12) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le présent contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 \$ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 1 000 000 \$ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

NOTE : Voir l'article Demandes de prestations de la section Dispositions générales pour connaître les modalités de présentation d'une demande de remboursement à la suite d'une annulation de voyage.

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Ce document est imprimé sur du papier Cascades Rolland Enviro100.

