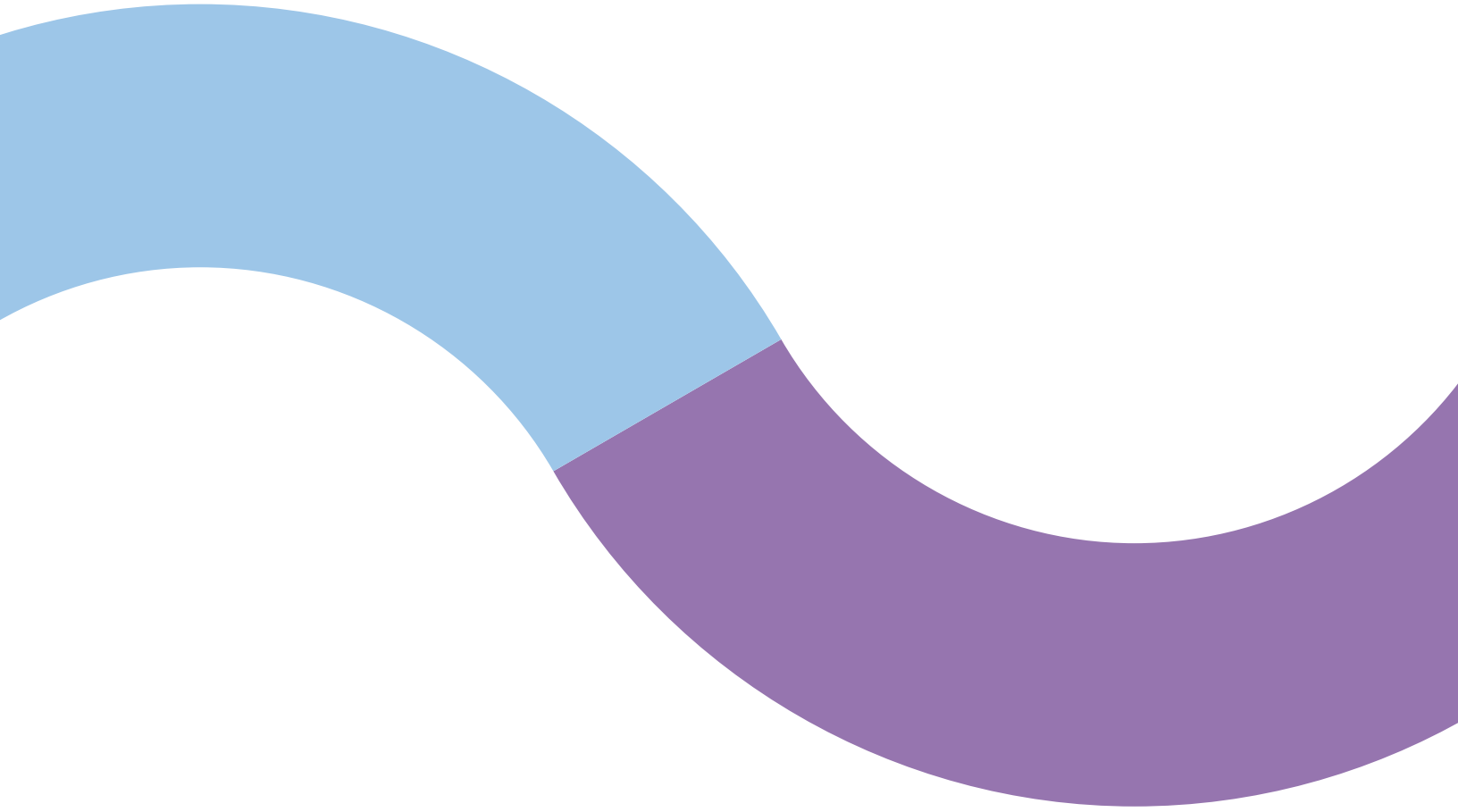


Contrat d'assurance collective 004500

Version administrative
au 1^{er} juillet 2025



beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents ayant été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale.

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

conformément au présent contrat numéro **004500** accepté par

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC

Ci-après appelée le Preneur

ASSURE les résidents qui y sont admissibles.

Date d'entrée en vigueur du contrat : le 1^{er} juillet 2019.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et des ententes et avenants émis subséquemment. Il ne confère aucun nouveau droit rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à tout événement donnant droit à des prestations demeurent celles en vigueur à la date de cet événement.

Date de renouvellement : le 1^{er} juillet 2020 et la première journée de toute période contractuelle par la suite.

Année de contrat : la période s'étendant entre la date d'entrée en vigueur du contrat et la date de renouvellement qui suit immédiatement, et toute période de 12 mois comprise entre 2 dates de renouvellement ou toute autre durée convenue par écrit entre le Preneur et l'Assureur.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	6
2.1 Admissibilité	6
2.2 Participation, adhésion et exemption	6
2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance	8
2.4 Changement de régime en assurance maladie ou de statut de protection	9
2.5 Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail	10
2.6 Termination de l'assurance	11
ARTICLE 3 - ASSURANCE MALADIE	13
3.1 Frais admissibles	13
3.2 Régime de base	13
3.3 Régime intermédiaire	14
3.4 Régime supérieur	19
3.5 Exclusions et réduction de l'assurance maladie	25
3.6 Demande de prestations	30
3.7 Renseignements	30
3.8 Renonciation à la responsabilité	30
3.9 Droit de transformation	31
ARTICLE 4 - ASSURANCE VOYAGE	32
ARTICLE 5 - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	39
ARTICLE 6 - ASSURANCE VIE	46
6.1 Assurance vie de l'adhérent	46
6.2 Assurance vie des personnes à charge	46
6.3 Bénéficiaire	46
6.4 Paiement de l'assurance	46

6.5	Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge	47
ARTICLE 7 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE		49
7.1	Période de prestations	49
7.2	Délai de carence	49
7.3	Montant des prestations.....	49
7.4	Indexation.....	51
7.5	Réadaptation.....	52
7.6	Exclusions	52
ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE.....		54
8.1	Taux de prime	54
8.2	Modification des taux de prime	54
8.3	Changement de politique gouvernementale	54
8.4	Paiement des primes	54
8.5	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	54
8.6	Délai de grâce	55
ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT		56
ARTICLE 10 - DROITS ET OBLIGATIONS		57
ARTICLE 11 - CONTRAT		59

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Aux fins du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le masculin que le féminin.

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

- 1.1 **Accident** : Événement soudain, fortuit et imprévu qui résulte exclusivement d'une cause extérieure de nature violente et non intentionnelle et qui entraîne directement, et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles constatées par un médecin.
- 1.2 **Activité à caractère commercial** : Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
- 1.3 **Adhérent** : Un résident assuré en vertu du présent contrat.
- 1.4 **Âge** : L'âge au dernier anniversaire d'un assuré au moment où il est calculé ou bien, le jour où un événement prévu au présent contrat se produit.
- 1.5 **Associé en affaires** : La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 actionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- 1.6 **Assuré** : Un adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurée en vertu de ce contrat.
- 1.7 **Centre hospitalier** : Un centre hospitalier au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) et ses règlements; à l'extérieur du Québec le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes, ce qui exclut les maisons de repos, les stations thermales ou établissements similaires.
- 1.8 **Compagnon de voyage** : La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.
- 1.9 **Employeur** : Tout établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) et tout autre établissement hors Québec mais au Canada, dans lequel un résident effectue un stage agréé par le Collège des médecins du Québec.
- 1.10 **Entente** : L'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins résidents du Québec. Un résident qui effectue un fellowship en médecine n'est pas visé par cette entente.

- 1.11 **Établissement** : Un centre hospitalier, un centre local de services communautaires, un centre de services sociaux ou un centre d'accueil, tel que défini par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2).
- 1.12 **Fournisseur de services de voyage** : Agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- 1.13 **Frais de voyage payés d'avance** : Somme déboursée par l'assuré pour :
- i) l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;
 - ii) les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par un fournisseur de services de voyage;
 - iii) les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
- 1.14 **Hospitalisation** : L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
- 1.15 **Hôte à destination** : La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.
- 1.16 **Invalidité totale** : Un état d'incapacité résultant soit d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, faisant l'objet d'un suivi médical et qui, pendant les 60 premiers mois, rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

Suivant cette période de 60 mois, cet état d'incapacité, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80 % du salaire qu'il recevait à la date de début de son invalidité et pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Une invalidité résultant de maladie ou de blessure qui a volontairement été causée par l'adhérent lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels ou de service dans les forces armées, n'est pas reconnue comme une invalidité, sauf dans le cas d'alcoolisme ou de toxicomanie si l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation, ou d'une tentative de suicide.

1.17 **Maladie** : Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

1.18 **Période d'invalidité** : Au cours des 36 premiers mois d'invalidité, une période d'invalidité totale est toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à plein temps ou de disponibilité pour un travail à plein temps, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Après les 36 premiers mois d'invalidité, une période d'invalidité totale est toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet. Toute invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité.

1.19 **Personne à charge** : Le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent tel que défini ci-après.

1.19.1 Conjoint : l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

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

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- Un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage.
- La séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait.

- La dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

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

1.19.2 **Enfant à charge :** l'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) Une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale.
- ii) Une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.
- iii) Une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

- 1.20** **Proche parent :** Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits-enfants de l'assuré.
- 1.21** **Régime général d'assurance médicaments :** Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 1.22** **Résident :** Un résident tel que défini à l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins résidents du Québec.
- 1.23** **Salaire :** Le salaire à l'échelle, la prime de garde, la prime à l'enseignement et les primes s'appliquant au résident-coordonnateur ou assistant résident-coordonnateur, mais excluant les paiements pour le temps supplémentaire et tout paiement forfaitaire.

- 1.24 **Salaire net** : Le salaire moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, à l'assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.
- 1.25 **Transporteur public** : Tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.
- 1.26 **Voyage** : Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

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

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

- 2.1.1 Tout résident est admissible à l'assurance après avoir complété 1 mois de service continu.
- 2.1.2 Le délai d'admissibilité de 1 mois ne s'applique pas à un résident dont l'assurance s'est terminée et qui redevient un résident moins de 12 mois après la terminaison de son assurance.
- 2.1.3 Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

2.2 Participation, adhésion et exemption

2.2.1 Participation

La participation d'un résident admissible à l'assurance est obligatoire pour toutes les garanties, sous réserve du droit d'exemption en assurance maladie.

De même, la participation des personnes à charge est obligatoire à l'assurance maladie, sous réserve du droit d'exemption, et à l'assurance vie des personnes à charge. Toutefois, l'adhésion à l'assurance vie des personnes à charge n'est possible que si le résident détient une protection familiale en assurance maladie ou s'il s'est prévalu du droit d'exemption pour cette garantie.

Le résident doit choisir un des 3 régimes d'assurance maladie suivants :

- a) Régime de base
- b) Régime intermédiaire
- c) Régime supérieur

Le régime d'assurance maladie choisi par le résident s'applique également à ses personnes à charge, si elles sont assurées.

Le régime d'assurance maladie choisi par le résident au moment de son adhésion demeure en vigueur pour toute la durée de la résidence. Seul un des événements prévus à l'article 2.4, permet à l'adhérent de changer de régime en cours de résidence, et ce, selon les dispositions prévues à cet article.

2.2.2 Adhésion

Le résident doit transmettre un formulaire d'adhésion dûment rempli, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible.

Si le formulaire n'est pas reçu dans les délais, le résident sera automatiquement inscrit au régime intermédiaire d'assurance maladie, sans possibilité de changement, à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance salaire de longue durée.

La protection individuelle ou familiale en assurance maladie sera déterminée en fonction de son état civil. Si une protection familiale est accordée au résident en assurance maladie, l'assurance vie des personnes à charge lui sera également accordée.

2.2.3 Dispositions applicables aux assurés de 65 ans ou plus

L'adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus peut changer sa protection familiale en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

De plus, tout adhérent de 65 ans ou plus, ou tout adhérent ayant un conjoint âgé de 65 ans ou plus, peut choisir d'assurer les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments en vertu du présent contrat. Pour ce faire, l'adhérent doit compléter une demande d'adhésion pour lui et son conjoint, le cas échéant, au cours des 60 jours suivant la date du 65^e anniversaire de l'adhérent ou de son conjoint, selon la première éventualité.

Dans ce dernier cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle prévue à l'article 8.1, selon le statut de protection. L'adhérent ou le conjoint, selon le cas, qui atteint 65 ans après la date mentionnée ci-haut, doit également assurer lesdits médicaments en vertu du présent régime.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration du délai de 60 jours.

2.2.4 Droit d'exemption en assurance maladie

Tout résident admissible peut refuser d'adhérer ou cesser de participer à l'assurance maladie, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à condition qu'il fasse la preuve à l'Assureur qu'ils sont assurés en vertu d'un régime d'assurance maladie collective comportant des prestations similaires.

Ils doivent toutefois adhérer à l'assurance maladie du présent régime dès qu'ils cessent d'être couverts par l'autre régime collectif en démontrant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils ne peuvent demeurer assurés en vertu dudit régime. Le résident doit transmettre son choix de régime d'assurance maladie dans les 60 jours de la cessation de l'assurance du régime qui a permis l'exemption. Si ce délai n'est pas respecté, le régime intermédiaire d'assurance maladie sera automatiquement accordé.

L'assurance maladie pour le résident et ses personnes à charge, le cas échéant, entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance du régime ayant permis l'exemption.

2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

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

2.3.1 Résident

a) Assurance maladie

L'assurance du résident entre en vigueur à la date de prise d'effet du présent contrat ou à la date à laquelle il devient admissible, si celle-ci est postérieure.

b) Assurance vie et assurance salaire de longue durée

L'assurance du résident entre en vigueur à la date de prise d'effet du présent contrat ou à la date à laquelle il devient admissible, si celle-ci est postérieure, pourvu que le résident soit effectivement au travail à cette date.

Si le résident n'est pas effectivement au travail à cette date, l'assurance débute à la date de son retour effectif au travail.

2.3.2 Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, mais jamais avant celle du résident :

- a) La date de prise d'effet du présent contrat.
- b) La date à laquelle elles deviennent admissibles.
- c) La date à laquelle prend fin l'exemption en vertu de l'assurance maladie du présent contrat.

2.4 Changement de régime en assurance maladie ou de statut de protection

Une fois au cours de sa période de résidence, l'adhérent peut modifier son choix initial de régime d'assurance maladie. Ce changement peut se faire uniquement le 1^{er} juillet de l'année au cours de laquelle il atteint le niveau R3. Le changement, à la hausse ou à la baisse, peut se faire sur plus d'un palier à la fois.

Toutefois, l'adhérent peut changer de régime d'assurance maladie lors d'un des événements suivants, pourvu que la demande de changement soit transmise à l'Assureur dans les 60 jours qui suivent la date de cet événement :

- a) la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- b) un mariage, une union civile ou la cohabitation pour une période minimale de 12 mois;
- c) une séparation de plus de 90 jours consécutifs, le divorce ou l'annulation d'une union civile ;
- d) le décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Si la demande est transmise dans les 60 jours, le nouveau régime d'assurance maladie entre en vigueur à la date de l'événement. Si la demande est transmise après ce délai, aucun changement de régime ne sera permis.

La participation au nouveau régime choisi devra être maintenue jusqu'à la fin de la résidence, sans aucune autre possibilité de changement, à moins qu'il n'y ait un nouvel événement de vie.

L'adhérent peut changer de statut de protection lors d'un des événements énumérés précédemment. Si la demande est transmise dans les 60 jours de l'événement, le nouveau statut de protection est accordé à la date de l'événement. Si la demande est transmise après ce délai, le nouveau statut de protection s'appliquera à la date de la réception de la demande.

2.5 Modification des prestations

- a) Pour l'adhérent au travail actif à plein temps et l'adhérent totalement invalide depuis 105 semaines et moins, toute modification des prestations résultant d'un changement de salaire entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :
- le jour de prise d'effet du changement de salaire;
 - le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur.
- b) Pour l'adhérent totalement invalide depuis plus de 105 semaines et l'adhérent en congé sans traitement ou congé parental, toute modification des prestations résultant d'un changement de salaire entre en vigueur le jour de son retour au travail actif à plein temps.

Pour que l'Assureur ajuste rétroactivement et à la hausse les prestations qu'il a déjà versées, les primes afférentes à cet ajustement doivent avoir été préalablement perçues.

2.6 Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail

- 2.6.1 Dans le cas d'une absence temporaire sans rémunération dont la durée excède la période de paie en vigueur chez l'employeur visé ou dans le cas d'un congé parental rémunéré prévu à l'entente, la participation à l'assurance maladie est maintenue avec paiement des primes.

La participation aux autres garanties est suspendue et reprend automatiquement dès le retour au travail actif avec rémunération. Toutefois, l'adhérent peut se prévaloir de la possibilité de maintenir en vigueur sa participation à toutes les autres garanties auxquelles il participe en payant la prime totale prévue, sauf dans les cas où la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à verser sa part de prime.

Si une invalidité survient au cours d'une de ces périodes et que l'adhérent avait maintenu sa participation à l'assurance salaire, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail ou à compter de la date à laquelle le résident a droit aux prestations d'invalidité prévue à l'entente.

Lors de son retour au travail, que le résident ait suspendu ou non sa participation à l'assurance, il est réadmis automatiquement aux garanties détenues antérieurement à son congé, sans preuves d'assurabilité et sur avis de l'employeur à l'Assureur.

- 2.6.2 La participation est maintenue dans les autres cas d'absence temporaire avec rémunération.

2.6.3 Un adhérent congédié, pour lequel le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir en vigueur sa participation à l'assurance maladie en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Il peut également maintenir sa participation aux autres garanties auxquelles il participe sauf celle d'assurance salaire de longue durée, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où l'adhérent congédié a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation, il est considéré comme n'ayant jamais cessé sa participation à l'assurance et doit payer rétroactivement les primes dues, incluant les primes d'assurance salaire de longue durée.

De plus, si une invalidité survient entre la date du congédiement et la date de la décision lorsque l'adhérent a gain de cause, le délai de carence en assurance salaire de longue durée débute à la date de la décision.

2.7 Terminaison de l'assurance

2.7.1 Sous réserve de l'article 8.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », l'assurance de tout adhérent se termine à 0 h 01, à la première des dates suivantes :

2.7.1.1 La date de terminaison du contrat.

2.7.1.2 La date à laquelle l'adhérent cesse de satisfaire aux conditions d'admissibilité, sous réserve de l'article 6.5 « Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge ».

2.7.1.3 La date à laquelle l'adhérent quitte son emploi, sous réserve de l'article 6.5 « Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge ».

2.7.1.4 La date de son 65^e anniversaire de naissance pour l'assurance salaire de longue durée. Toutefois, le paiement de la prime cesse à la date du 63^e anniversaire de naissance.

2.7.1.5 La date à laquelle l'adhérent exerce son droit d'exemption en assurance maladie.

2.7.2 L'assurance des personnes à charge se termine à 0 h 01, à la première des dates suivantes :

2.7.2.1 La date de terminaison de l'assurance de l'adhérent, sous réserve de l'article 6.5 « Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge ».

2.7.2.2 La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à cette définition.

2.7.2.3 La date à laquelle l'adhérent exerce son droit d'exemption pour ses personnes à charge en assurance maladie en vertu du présent contrat.

2.7.2.4 La date à laquelle l'adhérent passe d'un statut de protection familial à un statut de protection individuel.

ARTICLE 3 - ASSURANCE MALADIE

3.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables et généralement reconnus selon la gravité du cas, encourus par un assuré par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse.

Les services et fournitures doivent être médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.

Seuls les frais payables en excédent de ceux couverts par les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré sont admissibles, que l'assuré soit inscrit ou non à ces régimes.

Pour que les frais soient admissibles, le professionnel de la santé doit être légalement autorisé à pratiquer dans son domaine et être membre en règle de l'ordre professionnel lui permettant d'exercer ses activités et d'utiliser son titre. À défaut d'un tel ordre, il doit être membre d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur.

L'assuré ne peut réclamer qu'un seul traitement ou consultation par jour avec un même professionnel de la santé, et ce, peu importe le nombre de spécialités qu'exerce ce professionnel.

Les frais admissibles sont sujets aux exclusions et réduction prévues à cette garantie d'assurance maladie.

3.2 Régime de base

3.2.1 Programme d'aide aux employés

Le programme d'aide aux employés fait partie intégrante du régime de base d'assurance maladie.

La description complète de ce programme se trouve à l'article 3.5 du présent contrat.

3.2.2 Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime de base d'assurance maladie.

La description complète de ces garanties se retrouve aux articles 4 et 5 du présent contrat.

3.2.3 Frais de médicaments

Les frais décrits ci-après sont remboursés selon le pourcentage de remboursement prévu par le Régime général d'assurance médicaments, jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par ce même régime.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A 29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'ait choisi d'assurer lesdits médicaments en vertu de la présente garantie.

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

3.3 Régime intermédiaire

3.3.1 Frais d'hospitalisation (soins de courte et de longue durée)

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada qui sont en excédent de ceux payables par tout régime étatique d'assurance. Les frais sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence du coût pour une chambre semi-privée.

De plus, sont également couverts les frais engagés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ou dans un centre hospitalier pour des soins de longue durée.

3.3.2 Programme d'aide aux employés

Le programme d'aide aux employés fait partie intégrante du régime intermédiaire d'assurance maladie.

La description complète de ce programme se trouve à l'article 3.5 du présent contrat.

3.3.3 Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime intermédiaire d'assurance maladie.

La description complète de ces garanties se retrouve aux articles 4 et 5 du présent contrat.

3.3.4 Frais de médicaments

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, à 90 % des 500 \$ de frais suivants et à 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A 29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'ait choisi d'assurer lesdits médicaments en vertu de la présente garantie.

Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

- Troubles cardiaques
- Troubles pulmonaires
- Diabète
- Arthrite
- Maladie de Parkinson
- Épilepsie
- Fibrose kystique

- Glaucome

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

3.3.5 Professionnels de la santé

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %, sauf s'il y a une indication à l'effet contraire.

- a) Les honoraires d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile, par assuré.
- b) Les honoraires d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- c) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 35 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré.
- d) Les honoraires d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile, par assuré.
- e) Les honoraires d'un **ostéopathe**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- f) Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique** pour des services rendus en dehors d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 25 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- g) Les honoraires d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- h) Les honoraires d'un **psychologue** ou d'un **psychothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Ces frais sont remboursés à 80 %. **Le psychothérapeute doit être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.**

- i) Les **radiographies effectuées par un chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par assuré.

3.3.6 Autres frais admissibles

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

- a) Les honoraires d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les traitements doivent avoir débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- b) Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien en cas d'urgence.
- c) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **pansements**, de **prothèses**, à l'exception de celles couvertes par d'autres clauses du présent régime, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres**, de **bandages herniaires**, de **corsets orthopédiques** et d'autres **appareils orthopédiques**.
- d) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, d'**appareils thérapeutiques**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- e) Les frais d'achat de **bas de soutien** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ par paire et d'un maximum de 3 paires par période de 12 mois consécutifs, par assuré.
- f) Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, de même que les frais d'achat d'**orthèses podiatriques**. Ces chaussures et orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- g) Les frais de **cure fermée** ou de **thérapie externe** dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif en vue de la désintoxication ou de la réadaptation de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie, par assuré.

- h) Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un modèle de base de **fauteuil roulant** ou **lit d'hôpital**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- i) Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, **dextromètre** et tout **appareil du même genre**) et de la mallette permettant son transport, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs, par assuré. L'assuré devra présenter un rapport complet du médecin traitant attestant qu'il est insulino-dépendant et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil afin que les frais soient admissibles.
- j) Les frais pour l'achat d'un **membre** ou **d'un œil artificiel** pourvu que la perte soit survenue en cours d'assurance et qu'elle résulte d'un accident.
- k) Les frais pour **oxygène** ou location de matériel servant à l'administrer, **sang** et **plasma sanguin** (à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma).
- l) Les frais d'achat d'une **prothèse articulaire** ou **intraoculaire** en excédent des frais couverts par la RAMQ lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement public.
- m) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- n) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** à la suite d'une mastectomie. Les frais couverts sont les frais en excédent de ceux payables par la RAMQ.
- o) Les honoraires d'**infirmiers** ou d'**infirmiers auxiliaires** pour des soins médicaux continus rendus au domicile de l'adhérent, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour et de 3 000 \$ par année civile, par assuré.
- p) Les frais d'achat de **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par année civile, par assuré.

3.4 Régime supérieur

3.4.1 Frais d'hospitalisation (soins de courte et de longue durée)

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada qui sont en excédent de ceux payables par tout régime étatique d'assurance. Les frais sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence du coût pour une chambre privée.

De plus, sont également couverts les frais engagés dans une maison de convalescence, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ou dans un centre hospitalier pour des soins de longue durée.

3.4.2. Programme d'aide aux employés

Le programme d'aide aux employés fait partie intégrante du régime supérieur d'assurance maladie.

La description complète de ce programme se trouve à l'article 3.5 du présent contrat.

3.4.3 Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime supérieur d'assurance maladie.

La description complète de ces garanties se retrouve aux articles 4 et 5 du présent contrat.

3.4.4 Frais de médicaments

- a) Les frais décrits ci-après sont remboursés à 75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, à 90 % des 500 \$ de frais suivants et à 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A 29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'ait choisi d'assurer lesdits médicaments en vertu de la présente garantie.

Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

- Troubles cardiaques
- Troubles pulmonaires
- Diabète
- Arthrite
- Maladie de Parkinson
- Épilepsie
- Fibrose kystique
- Glaucome

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

- b) Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 50 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile, par assuré.
- c) Les frais pour les vaccins, y compris les **vaccins** de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et administrés par un médecin ou un infirmier sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, par assuré.

3.4.5 Professionnels de la santé

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %, sauf s'il y a une indication à l'effet contraire.

- a) Les honoraires d'un **acupuncteur**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- b) Les honoraires d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile, par assuré.

- c) Les honoraires d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- d) Les honoraires d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- e) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré.
- f) Les honoraires d'un **kinésithérapeute**, d'un **massothérapeute** et d'un **orthothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 300 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- g) Les honoraires d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile, par assuré.
- h) Les honoraires d'un **ostéopathe**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- i) Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique** pour des services rendus en dehors d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- j) Les honoraires d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- k) Les honoraires d'un **psychologue**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychothérapeute** ou d'un **travailleur social**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Ces frais sont remboursés à 80 %. **Le psychothérapeute doit être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.**
- l) Les **radiographies effectuées par un chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 60 \$ par année civile, par assuré.

3.4.6 Autres frais admissibles

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

- a) Les honoraires d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les traitements doivent avoir débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- b) Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien en cas d'urgence.
- c) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **pansements**, de **prothèses**, à l'exception de celles couvertes par d'autres clauses du présent régime, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres**, de **bandages herniaires**, de **corsets orthopédiques** et d'autres **appareils orthopédiques**.
- d) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, d'**appareils thérapeutiques**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- e) Les frais d'achat de **bas de soutien** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ par paire et d'un maximum de 3 paires par période de 12 mois consécutifs, par assuré.
- f) Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, de même que les frais d'achat d'**orthèses podiatriques**. Ces chaussures et orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- g) Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services aient été rendus dans les 24 mois de la date de l'accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par assuré.
- h) Les frais de **cure fermée** ou de **thérapie externe** dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif en vue de la désintoxication ou de la réadaptation de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie, par assuré.

- i) Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un modèle de base de **fauteuil roulant** ou **lit d'hôpital**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- j) Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, **dextromètre** et tout **appareil du même genre**) et de la mallette permettant son transport, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs, par assuré.
- k) Les frais pour l'achat d'un **membre** ou **d'un œil artificiel** pourvu que la perte soit survenue en cours d'assurance et qu'elle résulte d'un accident ou d'une maladie.
- l) Les frais pour **oxygène** ou location de matériel servant à l'administrer, **sang** et **plasma sanguin** (à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma).
- m) Les frais d'achat d'une **prothèse articulaire** ou **intraoculaire** en excédent des frais couverts par la RAMQ lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement public ou le coût total de la prothèse lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement privé. Tous les frais autres que ceux reliés au coût de la prothèse, comme les honoraires professionnels, sont toutefois exclus du présent paragraphe.
- n) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- o) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** à la suite d'une mastectomie. Les frais couverts sont les frais en excédent de ceux payables par la RAMQ.
- p) Les frais pour **radiographies**, **tomodensitométries**, **résonances magnétiques**, **électrocardiogrammes** et **analyses de laboratoire** aux fins de prévention ou de diagnostic effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces frais.
- q) Les honoraires d'**infirmiers** ou d'**infirmiers auxiliaires** pour des soins médicaux continus rendus au domicile de l'adhérent, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile, par assuré.

- r) Les frais pour un **examen de la vue** ou pour l'achat de **lunettes** ou de **lentilles cornéennes** sur recommandation d'un médecin ou d'un optométriste, ainsi que les frais relatifs à une **chirurgie au laser** effectuée par un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 350 \$ par période de 24 mois consécutifs, par assuré, pour l'ensemble de ces frais.
- s) Les frais d'achat de **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 200 \$ par année civile, par assuré.
- t) **Transport et hébergement pour des soins non disponibles dans la région de résidence**

Les frais suivants sont admissibles, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour pour l'hébergement et de 1 500 \$ par année civile, par assuré, pour l'hébergement et le transport, si l'assuré doit consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste au Québec non disponible dans la région de résidence, pourvu que les traitements soient recommandés par un médecin et que les frais soient engagés au Québec :

- Les frais pour un déplacement d'au moins 200 kilomètres (aller seulement) du lieu de résidence de l'assuré par le transporteur public le plus économique (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile. Toutefois, pour les déplacements effectués en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le déplacement avait été effectué par le transporteur public le plus économique.
- Les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour. Les frais admissibles sont remboursés sur présentation de factures acquittées.
- Les frais engagés par ou pour un accompagnateur, lorsque la situation médicale le justifie, sont également admissibles.
- Si l'adhérent détient une protection individuelle, les frais admissibles sont ceux engagés par et pour lui-même. Si l'adhérent détient une protection familiale, les frais admissibles doivent être engagés par l'adhérent pour lui-même ou une de ses personnes à charge.

L'Assureur rembourse les frais admissibles en excédent des prestations payées en vertu de tout programme gouvernemental.

3.5 Programme d'aide aux employés

3.5.1 Services admissibles

a) Aide psychosociale

Les assurés peuvent bénéficier de services d'aide psychosociale, notamment dans les situations suivantes :

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

Les services d'aide psychosociale sont offerts à raison d'un maximum de 12 heures pour l'ensemble des services, pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

b) Accompagnement pour l'amélioration des habitudes de vie

Les assurés peuvent bénéficier d'un accompagnement pour l'amélioration des habitudes de vie incluant, notamment, la cessation du tabagisme, l'activité physique, la nutrition ou la gestion du stress et du sommeil.

Les services d'accompagnement pour l'amélioration des habitudes de vie sont offerts à raison d'un maximum de 3 heures pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

c) Soutien pour les enfants

L'adhérent et son conjoint peuvent bénéficier de services de soutien pour les enfants à charge, notamment dans les situations suivantes :

- difficultés pédagogiques, problèmes de comportement à l'école ou à la maison;
- difficultés dans l'organisation et la gestion des devoirs;
- difficultés à localiser un service de garde et à identifier les ressources disponibles.

Les services de soutien pour les enfants sont offerts à raison d'un maximum de 3 heures pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

d) Ressources pour aînés et aidants naturels

Ce service vise à aider les assurés dans leurs démarches pour localiser des ressources pour aînés, ainsi que du soutien à domicile pour les aidants naturels.

Les services liés aux ressources pour aînés et aidants naturels sont offerts à raison d'un maximum de 3 heures pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

e) Assistance juridique et conseils financiers

Les assurés peuvent bénéficier d'assistance juridique et de conseils financiers, notamment dans les situations suivantes :

- problèmes légaux : droit de la famille, séparation, divorce, garde et soutien d'un enfant;
- problèmes financiers : gestion du crédit et de la dette, faillite, planification budgétaire, aspects financiers du divorce.

L'assistance juridique et les conseils financiers sont offerts à raison d'un maximum d'une heure pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

3.5.2 Nombre maximal d'heures pour l'ensemble des services offerts par le programme d'aide aux employés :

Le nombre maximal d'heures pour l'ensemble des services offerts en vertu du programme d'aide aux employés est de 12 heures pour l'adhérent et ses personnes à charge, par année civile.

3.5.3 Prolongation du programme en cas de terminaison

Si le programme d'aide aux employés se termine, les services de consultation se poursuivent pour l'adhérent et ses personnes à charge recevant déjà des services. Ces derniers sont alors offerts jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 heures pour l'adhérent et ses personnes à charge, sans excéder le nombre maximal d'heures prévu à ce programme, et seulement pour les services reçus au plus tard 30 jours suivant la date de terminaison du programme.

3.5.4 Prolongation du programme en cas de décès de l'adhérent

Si l'adhérent décède alors que le programme d'aide aux employés est en vigueur, ses personnes à charge peuvent continuer de bénéficier des services de consultation pendant les 3 mois suivant la date de décès de l'adhérent, sans excéder le nombre maximal d'heures prévu à ce programme.

3.6 Exclusions et réduction de l'assurance maladie

3.6.1 Exclusions spécifiques au programme d'aide aux employés

Les services dont les frais engagés résultent des causes ou circonstances suivantes ne sont pas admissibles :

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

De plus, les frais décrits ci-après ne sont pas admissibles :

- a) Tous frais de kilométrage et de livraison en provenance ou vers un professionnel de la santé.
- b) Tous frais pour des rendez-vous manqués.
- c) Tous frais pour faire remplir des formulaires, pour obtenir des documents médicaux ou de l'information additionnelle requise par l'Assureur.
- d) Tout service prodigué gratuitement ou qui n'a pas été payé par l'assuré.
- e) Toute partie des frais ou tous frais en excédent des frais raisonnables et généralement reconnus.
- f) Tous frais dont l'adhérent ne peut prouver que l'assuré les a engagés.
- g) Tout service prodigué par un professionnel de la santé ou un fournisseur qui :
 - a fait l'objet d'une sanction disciplinaire en raison d'une faute professionnelle ou parce qu'il a eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - a fait l'objet d'une sanction disciplinaire par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - selon l'avis de l'Assureur, ne satisfaisait pas aux standards de l'industrie relatifs à la profession.

- h) Tout service de consultation qui n'est pas expressément prévu par ce programme, et ce, même si le service a été recommandé par un conseiller du programme d'aide aux employés.

3.6.2 Exclusions spécifiques aux médicaments

Les frais engagés pour les produits suivants ne sont pas admissibles :

- a) Les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP.
- b) Les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampooings et autres produits pour le cuir chevelu.
- c) Les substances ou les aliments diététiques, les produits contre l'obésité.
- d) Les médicaments homéopathiques.
- e) Les médicaments administrés principalement à titre préventif.
- f) Les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques.
- g) Les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- h) Les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- i) Toute substance utilisée dans le but d'insémination, les gelées et les mousses à but contraceptif et prophylactique.
- j) Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

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

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

3.6.3 Exclusions et réduction générales

Sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*, les produits et services décrits ci-après sont exclus de la présente garantie, sauf s'ils sont expressément couverts par le régime retenu par l'assuré :

- a) Les soins de chirurgie esthétique.
- b) Les soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.
- c) Un examen de la vue ou l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes.
- d) Les appareils auditifs.
- e) Les vaccins préventifs.
- f) Les injections sclérosantes ou dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- g) Un examen médical périodique, ou un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- h) Les soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- i) Les frais relatifs à l'insémination.
- j) Les soins, services ou fournitures de nature expérimentale.
- k) Tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie.
- l) Tous les frais payables en vertu de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif.

De plus, les frais engagés lors des circonstances suivantes ne sont pas admissibles :

- a) Une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées.
- b) Une guerre déclarée ou non, ou de la participation active de l'assuré à une insurrection réelle ou appréhendée.

- c) La participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel.

Pour l'assurance voyage, les exclusions et réduction figurant dans la description de la garantie s'appliquent en plus de celles stipulées précédemment.

Pour l'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réduction figurant dans la description de l'assurance annulation de voyage s'appliquent.

3.7 Demande de prestations

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

Le manquement à présenter la demande de prestations dans le délai prescrit n'infirmes ni ne diminue la portée des prestations en vertu de la présente garantie, s'il y a moyen de prouver qu'il était matériellement impossible de présenter la demande et qu'elle fut présentée aussitôt qu'il a été possible de le faire.

3.8 Renseignements

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

3.9 Renonciation à la responsabilité

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

3.10 **Droit de transformation**

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de fin de l'assurance. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai.

Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son assurance collective.

Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

ARTICLE 4 - ASSURANCE VOYAGE

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

Pour que l'assuré soit considéré comme temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période maximale de protection offerte par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré. Ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

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

Le remboursement maximal est de 5 000 000 \$ par événement, par assuré, peu importe le type de régime détenu en assurance maladie.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

4.1 Frais admissibles

4.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

4.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteuse.
- e) L'Assisteuse prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteuse paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.

- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

4.1.3 Allocation de subsistance

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

4.1.4 Service d'assistance voyage

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

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

- e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

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

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

4.2 Obligations de l'assuré

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

4.3 Exclusions et réduction de l'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction s'appliquant à l'assurance maladie du présent contrat, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteurs dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de l'assuré.
- b) Lorsque l'assuré refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteurs quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteurs en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.
- f) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- g) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- h) Pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- i) Suite à l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.

- j) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.
- k) Pour les frais engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

4.4 **Coordination**

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

ARTICLE 5 - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites au présent article, les frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 10 000 \$ par assuré, par voyage.

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

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

5.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

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

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

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

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

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré,
 - le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré,
 - l'assuré s'est conformé à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.
- k) Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation ou soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.

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

5.2 **Frais couverts**

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à 10 000 \$ par assuré, par voyage.

5.2.1 **En cas d'annulation avant le départ :**

- a) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- b) les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- c) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

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

5.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

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

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

5.3 Exclusions de l'assurance annulation de voyage

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

- a) Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- c) Dans le cas de frais engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

- d) La participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- e) La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- f) Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- g) L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.
- h) La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- i) Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- j) Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.
- k) Dans le cas de frais engagés par l'assuré liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage si l'assuré a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

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

5.4 Délai pour demander l'annulation

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

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

5.5 Coordination

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

5.6 Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage

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

- a) Les titres de transport inutilisés.
- b) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- c) Les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.
- d) Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- e) Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.
- f) Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- g) La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- h) Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

ARTICLE 6 - ASSURANCE VIE

6.1 Assurance vie de l'adhérent

Le montant d'assurance vie payable au décès de l'adhérent est égal à une fois son salaire annuel établi à la date du décès.

6.2 Assurance vie des personnes à charge

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'un adhérent est le suivant :

- a) 5 000 \$ pour le conjoint;
- b) 2 500 \$ par enfant à charge âgé d'au moins 24 heures.

6.3 Bénéficiaire

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

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

6.4 Paiement de l'assurance

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

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

6.5 Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge

6.5.1 En cas de fin d'appartenance au groupe

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

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

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat pourra transformer ce montant en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de cette personne à charge à la date de la transformation ou 400 000 \$.

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

6.5.2 À l'échéance du contrat

L'adhérent assuré depuis au moins 2 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 50 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

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

6.5.3 Protections disponibles lors de la transformation

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

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

ARTICLE 7 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes, et après expiration du délai de carence défini à l'article 7.2, l'Assureur verse à cet adhérent des prestations mensuelles dont le montant est déterminé ci-après :

7.1 Période de prestations

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

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

7.1.1 La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

7.1.2 La date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide.

7.1.3 La date à laquelle l'adhérent fait défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur.

7.1.4 La date à laquelle l'adhérent refuse de se soumettre à un examen médical, tel que demandé par l'Assureur;

7.1.5 La date de décès de l'adhérent.

7.2 Délai de carence

Lorsqu'un adhérent âgé de moins de 65 ans devient totalement invalide et le demeure pendant plus de 105 semaines, il a droit aux prestations décrites à l'article 7.3 à compter de la 106^e semaine de cette invalidité.

7.3 Montant des prestations

Le montant des prestations est égal à 100 % de la prestation nette payable la 105^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire de l'entente, ramenée sur une base mensuelle. La prestation nette est égale à la prestation brute prévue à l'entente comme étant 80 % du salaire, réduite des impôts fédéral et provincial, des contributions au Régime de rentes du Québec, des cotisations à l'assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale.

Les prestations de l'Assureur sont réduites de la somme des montants suivants nets d'impôts :

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

Un adhérent invalide qui a droit aux prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de ce régime est présumé recevoir les prestations d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour invalidité qu'il aurait reçues s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- 7.3.2 les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;
- 7.3.3 les prestations reliées à l'invalidité en vertu de toute autre loi sociale ou d'un régime de retraite de l'employeur qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

Dans tous les cas de réduction du montant des prestations mentionnées aux articles 7.3.1 et 7.3.2, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de prestations, tel que décrit à ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles 7.3.1 à 7.3.3 et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant des prestations payables en vertu de cette garantie.

Le montant des prestations d'invalidité est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 des prestations mensuelles pour un jour civil au cours de ce mois.

De plus, la somme des prestations nettes d'assurance salaire décrites ci-dessus et des revenus nets initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder 100 % du salaire net que l'adhérent aurait gagné à la 106^e semaine d'invalidité s'il avait été au travail.

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

a) Revenus d'invalidité payables en vertu :

- de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de toute autre législation similaire ou au même effet;
- de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou toute autre législation similaire ou au même effet;
- de la *Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, du Régime des rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial des prestations seulement);
- de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.

b) Rente de retraite provenant du Régime de rentes du Québec, que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale.

c) Tout gain provenant d'un travail rémunérateur, à l'exception des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation.

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

De plus, en ce qui concerne le Régime de rentes du Québec, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster, s'il y a lieu, le montant initial des prestations d'invalidité (comprenant la rente de retraite pour invalidité) après que ce montant initial a été établi par Retraite Québec.

7.4 Indexation

Le montant des prestations est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec.

7.5 Réadaptation

La réadaptation est un processus par lequel l'Assureur offre aux adhérents en invalidité des soins médicaux, paramédicaux ou le support nécessaire au retour à la santé en vue de faire un retour à la résidence.

La démarche en réadaptation est proposée sur une base volontaire et elle débute avec une évaluation permettant de cibler les besoins, de déterminer quels seront les enjeux permettant ou non à l'adhérent de faire un retour à la résidence et d'offrir un support personnalisé.

L'objectif premier de cette démarche est de permettre, si possible, un retour durable à la résidence; les interventions étant orientées en ce sens. Cependant, si les limitations fonctionnelles empêchent définitivement le retour à la résidence, l'Assureur intervient hâtivement afin d'offrir une assistance en vue d'une réintégration sur le marché du travail dans un emploi rémunérateur pour lequel l'adhérent possède les aptitudes raisonnables, compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. Ce service ne pourra être offert par l'Assureur au-delà de la période de 36 mois débutant avec le début des prestations d'assurance salaire de longue durée.

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation continue de recevoir des prestations d'assurance salaire égales au montant des prestations mensuelles de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération nette reçue pour le travail effectué en vertu de ce programme.

Si le revenu de l'adhérent, provenant des prestations d'assurance salaire et de la rémunération nette du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du salaire net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, les prestations mensuelles d'assurance salaire sont réduites de l'excédent.

7.6 Exclusions

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- 7.6.1 En raison d'une guerre déclarée ou non, de la participation active de l'adhérent à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 7.6.2 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligé volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité résultant d'une tentative de suicide.
- 7.6.3 Par suite de la participation de l'adhérent à un acte criminel ou réputé tel.
- 7.6.4 Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.

- 7.6.5 En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet.
- 7.6.6 Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, à moins que le médecin n'atteste, à la satisfaction de l'Assureur, que la condition médicale de l'adhérent est stable.
- 7.6.7 Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins pertinents et adéquats requis pour la blessure ou la maladie ayant causé l'invalidité totale et recommandés par le médecin traitant.

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

8.1 Taux de prime

Veillez vous référer au *Sommaire des protections et taux*.

8.2 Modification des taux de prime

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas aux assurés.

8.3 Changement de politique gouvernementale

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas aux assurés.

8.4 Paiement des primes

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas aux assurés.

8.5 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

a) Assurance maladie et assurance vie des personnes à charge

En cas d'invalidité totale, l'assurance de l'adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable, tant que dure l'invalidité, sans excéder une période de trois ans. Après cette période de trois ans, l'assurance prend fin. Dans le cas d'une invalidité totale résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue comme tel par la CNESST, l'adhérent continue d'être assuré sans paiement de prime tant que son invalidité totale est reconnue par la CNESST.

Toutefois, l'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'après une période de deux ans du début de l'invalidité.

Dans tous les cas, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser l'âge de 71 ans.

b) Assurance salaire de longue durée

En cas d'invalidité totale, l'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable et tant que dure l'invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans.

c) Assurance vie de l'adhérent

En cas d'invalidité totale, l'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable, tant que dure l'invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle il atteint 65 ans si l'invalidité a débuté avant l'âge de 62 ans, ou dans le cas d'une invalidité débutant à 62 ans ou après, une période d'invalidité de trois ans ou l'âge de 71 ans, si antérieur.

8.6 Délai de grâce

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas aux assurés.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas aux assurés.

ARTICLE 10 - DROITS ET OBLIGATIONS

Seuls les articles dont le contenu s'adresse aux assurés sont présentés dans cette section.

- 10.2 Toute action en justice au sujet d'une demande de prestation en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant la date d'engagement des frais, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.
- 10.3 Comme condition préalable à l'octroi de prestations, l'Assureur peut exiger que l'adhérent lui cède les droits de réparation qui sont dus audit adhérent par l'auteur de dommages (accident ou maladie), et ce, jusqu'à concurrence du montant dû audit adhérent par l'Assureur en vertu du présent contrat.
- 10.4 Pour l'application du présent contrat, il est présumé que tous les assurés sont couverts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec* et de tout autre régime public. En aucun cas, les sommes versées par l'Assureur ne doivent dépasser celles qui auraient été versées par ce dernier si l'assuré avait été assuré en vertu desdites lois.
- 10.5 Toute erreur ou omission affectant le montant de prime est corrigée sitôt découverte et un ajustement de prime est effectué. Cependant, si une erreur ou omission affecte l'existence de l'assurance ou affecte le montant d'assurance en vigueur, les faits véritables sont alors utilisés pour déterminer si l'assurance est en vigueur et pour établir le montant d'assurance en vigueur conformément aux termes du présent contrat.
- Aucune erreur de la part de l'employeur ou de la part de l'Assureur dans la tenue des registres concernant l'assurance, ni aucun délai dans la compilation de tels registres ne peut invalider l'assurance en vigueur conformément aux articles du présent contrat ou ne peut continuer l'assurance terminée conformément aux articles du présent contrat.
- 10.7 Les droits des assurés en vertu de ce contrat ne sont pas cessibles et aucune cession par un assuré, soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation, en vertu de ce contrat ne liera l'Assureur.

- 10.8 Les droits aux prestations d'un assuré cessent automatiquement si tel assuré tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude, toute prestation en vertu de ce contrat et l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles subis après la date de cessation desdits droits.
- 10.17 L'échéance ou l'annulation d'une ou des garanties d'assurance vie prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement survenu alors que le présent contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le présent contrat était en vigueur.
- 10.18 L'échéance ou l'annulation d'une ou des garanties d'assurance invalidité prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur une invalidité totale survenue avant l'échéance ou l'annulation et l'Assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du présent contrat.
- 10.19 Pour les fins d'administration du présent contrat, tous les assurés sont présumés couverts par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu des garanties d'assurance maladie sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que l'assuré en ait fait la demande ou non.

ARTICLE 11 - CONTRAT

Le contrat exprime toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'Assureur.

Le présent contrat, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur et les ententes intervenues par la suite constituent le contrat tout entier entre les parties. En cas de contradiction, les termes et dispositions du présent contrat prévalent sur ceux des autres documents.

Les parties au contrat sont, d'une part, la FMRQ et, d'autre part, l'Assureur.

Seuls les signataires autorisés par l'Assureur ont le pouvoir d'émettre des contrats au nom de ce dernier et d'y apporter des modifications ou de lier l'Assureur de quelque façon que ce soit.

Toute modification que la FMRQ et l'Assureur conviennent d'apporter au contrat, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et la FMRQ.

La FMRQ est le mandataire des résidents assurés, sauf quant aux droits et obligations qui leur sont propres.

Le présent contrat se renouvelle automatiquement à la fin de chaque période contractuelle, sous réserve de l'article 9 « Résiliation du présent contrat ».