

DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)

Avenant n° 4

au contrat d'assurance collective n° 30000

À compter du **1^{er} janvier 2013**, sous les régimes Santé 2 et 3 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, la couverture des appareils auditifs est corrigée comme suit :

- q) Appareils auditifs : Les appareils auditifs jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.

À compter du **1^{er} janvier 2017**, sous les régimes Santé 2 et 3 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, la couverture pour l'orthophonie, l'ergothérapie et l'audiologie est modifiée comme suit :

- c) Orthophonie, ergothérapie, audiologie : Sur la recommandation du médecin traitant, les traitements d'orthophonie, d'ergothérapie et d'audiologie, limités à 20 traitement par année civile par personne assurée, pour chacun de ces services.

À compter du **1^{er} janvier 2018**,

1. le paragraphe 1) sur les changements à la hausse entre Santé 1, Santé 2 et Santé 3 de l'article 5-CHANGEMENTS DE PROTECTION de la section **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**, est modifié comme suit :

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

Pour changer de régime à la hausse, l'adhérent doit présenter une demande. Le changement prendra effet le 1^{er} jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur.

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

- a) un conjoint devient admissible;
- b) naissance ou adoption d'un enfant;
- c) fin de la possibilité d'exemption pour les personnes à charge;

le changement prend effet à la date de la demande.

2. sous le régime Santé 1 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, la franchise passe de 145 \$ par année civile, pour une protection individuelle, monoparentale ou familiale, à une franchise par année civile de :
 - 1) 225 \$ pour l'adhérent et ses enfants à charge; et
 - 2) 225 \$ pour le conjoint de l'adhérent;
3. sous le régime Santé 1 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, le pourcentage de remboursement des frais de médicaments est modifié comme suit :
 - 1) pour les médicaments génériques : de 68 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - 2) pour les médicaments de marque :
 - de 68 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué
 - de 68 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint 1 050 \$, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint 1 050 \$, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

4. sous le régime Santé 1 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, les frais de médicaments admissibles sont dorénavant les suivants :

Les médicaments qui figurent dans la liste de médicaments du régime gouvernemental de la province de Québec à la date à laquelle les frais sont engagés et fournis par un pharmacien, un médecin ou un dentiste agréé, que l'on obtient sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour une condition pathologique ou des dommages corporels.

5. sous les régimes Santé 2 et 3 du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, le pourcentage de remboursement est modifié comme suit :

Frais de médicaments : Le pourcentage de remboursement est :

- 1) pour les médicaments génériques : de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) pour les médicaments de marque :
 - de 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué
 - de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint 750 \$, pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Autres frais médicaux :

- frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux » : 80 %

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint 750 \$, pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

- psychologue ou psychothérapeute : 50 %
- assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage : 100 %
- autres frais : 80 %

6. à l'article 3- **EXCLUSIONS** du **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**, les exclusions suivantes sont ajoutées aux exclusions s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance maladie :

- 13) pour les vaccins préventifs;
- 14) en vertu du Santé 1, pour les médicaments qui ne figurent pas dans la liste de médicaments du régime gouvernemental de la province de Québec à la date à laquelle les frais sont engagés.

De plus, le contrat est mis à jour en vertu :

1. du retrait de l'exclusion relative aux dommages corporels qu'une personne assurée s'inflige intentionnellement pour les garanties suivantes :
 - **RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT;**
 - **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE et SOINS DENTAIRE);**
2. de l'ajout d'une clause spécifique à l'assurance voyage à la disposition Coordination des prestations à compter du 1^{er} août 2017.

Par conséquent, les pages suivantes sont remplacées par les pages ci-jointes :

1. **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** : pages 15, 16 et 23 à 28 inclusivement;
2. **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE** : pages 3 à 18 inclusivement et 31 à 34 inclusivement;
3. **RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT** : pages 3, 4, 5 et 6.

Signé à Montréal, le 26 avril 2018.

Les signatures originales ne sont pas reproduites dans le présent document et n'apparaissent que sur la version papier officielle de celui-ci.

DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE

SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)

(ci-après appelée l'assureur)

Conformément aux dispositions de ce contrat
émis à la demande du

**Comité des assurances du SFPQ
et de certains autres syndicats de la fonction publique**

dont font partie les groupes suivants :

Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec (SFPQ);

Syndicat des professeurs de l'État du Québec (SPEQ);

**Syndicat professionnel des médecins du Gouvernement du Québec
(SPMGQ);**

**Association professionnelle des chirurgiens-dentistes du Gouvernement du
Québec (APCDGQ);**

Fraternité des constables du contrôle routier du Québec (FCCRQ);

**Syndicat des agents de la paix en services correctionnels du Québec
(SAPSCQ);**

**Association professionnelle des gardes du corps du Gouvernement du
Québec (APGCGQ);**

Syndicat des constables spéciaux du Gouvernement du Québec (SCSGQ);

Syndicat des agents de la conservation de la faune du Québec (SACFQ)

(ci-après appelés le Preneur)

assure les adhérents qui y sont désignés et leurs personnes à charge.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR INITIALE - Le contrat entre en vigueur à 0 h 0 min 1 s, le 5 janvier 1995.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÉGIME RÉVISÉ - Le 1^{er} janvier 2013. Il est émis en continuation et remplacement des polices d'assurance collective numéro 30000, qui étaient entrées en vigueur le 3 janvier 2008, qui étaient émises en continuation et en remplacement des polices en vigueur au 13 janvier 2000 et qui étaient émises en continuation et en remplacement des polices en vigueur au 5 janvier 1995.

ANNÉES ET MOIS D'ASSURANCE -

- 1) à la date d'entrée en vigueur initiale : la période s'étendant de la date d'entrée en vigueur du contrat jusqu'au 3 janvier 1996 est considérée comme la première année d'assurance; les années et les mois subséquents d'assurance sont comptés à partir du 4 janvier 1996.
- 2) à la date d'entrée en vigueur du régime révisé : la période s'étendant de la date d'entrée en vigueur du régime révisé jusqu'au 31 décembre 2008 est considérée comme la première année d'assurance; les années et mois subséquents d'assurance sont comptés à partir du 1^{er} janvier 2009.

PRIMES - Les primes sont payables à l'assureur à la fin de chaque période de paie de 14 jours, date à laquelle elles sont effectivement perçues. L'employeur doit les verser à l'assureur au plus tard à la fin de la 3^e période de paie suivant la date à laquelle elles ont été perçues, étant entendu que les périodes de paie sont calculées à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

La prime de chaque adhérent pour chaque période de paie de 14 jours est égale au taux de prime par 14 jours indiqué à l'ANNEXE 1 pour le genre de protection - individuel, familial ou monoparental - qu'il détient en vertu du régime d'assurance maladie, et pour chacune des protections qu'il détient en vertu de l'assurance vie de l'adhérent et d'assurance mort ou mutilation accidentelles. Cette prime est établie selon le tarif applicable à l'adhérent au premier jour de la période de paie.

La prime de chaque adhérent pour chaque période de paie de 14 jours est égale au traitement de l'adhérent multiplié par le taux de prime par 14 jours indiqué à l'ANNEXE 1 pour l'assurance que détient l'adhérent en vertu du régime d'assurance traitement. Cette prime est établie selon le tarif applicable à l'adhérent au premier jour de la période de paie.

Aucune prime n'est payable à l'égard d'un employé donné et de ses personnes à charge pour une période au premier jour de laquelle l'employé n'était pas encore un adhérent; de même, la prime totale est payable à l'égard d'un employé donné et de ses personnes à charge assurées pour la période au cours de laquelle l'assurance se termine.

La prime du présent contrat pour chaque période de 14 jours est égale à la somme des primes des adhérents, étant entendu que celles-ci incluent la part payable par l'employeur.

Les dispositions contenues dans les pages suivantes ou ajoutées par avenant par l'assureur ont la même valeur que si elles apparaissaient au-dessus de la signature des représentants autorisés de l'assureur.

EN FOI DE QUOI, le présent contrat est dûment signé par les mandataires autorisés à cette fin par l'assureur,

à Montréal, le 24 octobre 2013.

Les signatures originales ne sont pas reproduites dans le présent document et n'apparaissent que sur la version papier officielle de celui-ci.

Le Preneur accepte le présent contrat.

EN FOI DE QUOI, les mandataires autorisés à cette fin par le Preneur apposent leur signature,

.....
**pour le Syndicat de la fonction publique du Québec
(SFPQ)**

.....
**pour le Syndicat des professeurs de l'État du Québec
(SPEQ)**

.....
**pour le Syndicat professionnel des médecins du Gouvernement du Québec
(SPMGQ)**

.....
**pour l'Association professionnelle des chirurgiens-dentistes du Gouvernement du Québec
(APCDGQ)**

.....
**pour la Fraternité des constables du contrôle routier du Québec
(FCCRQ)**

.....
**pour le Syndicat des agents de la paix en services correctionnels du Québec
(SAPSCQ)**

.....
**pour l'Association professionnelle des gardes du corps du Gouvernement du Québec
(APGCGQ)**

.....
**pour le Syndicat des constables spéciaux du Gouvernement du Québec
(SCSGQ)**

.....
**pour le Syndicat des agents de la conservation de la faune du Québec
(SACFQ)**

.....
président du Comité des assurances

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 1- DÉFINITIONS
- 2- ADMISSIBILITÉ
- 3- DEMANDE D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION
- 4- DÉBUT DE L'ASSURANCE
- 5- CHANGEMENTS DE PROTECTION
- 6- EXONÉRATION DES PRIMES
- 7- ABSENCE SANS TRAITEMENT
- 8- FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT
- 9- FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE
- 10- LIMITATION DE LA GARANTIE
- 11- COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS
- 12- MODIFICATION DE LA PRIME
- 13- FIN DU CONTRAT
- 14- RENSEIGNEMENTS
- 15- DÉLAI DE GRÂCE
- 16- ATTESTATION D'ASSURANCE ET BROCHURE EXPLICATIVE
- 17- MONNAIE
- 18- CONTRAT
- 19- ADMINISTRATION DU RÉGIME PAR L'EMPLOYEUR
- 20- STIPULATIONS GÉNÉRALES

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- 1- DÉFINITIONS
- 2- PRESTATIONS

- A) SANTÉ 1
- B) SANTÉ 2
- C) SANTÉ 3
- 3- EXCLUSIONS
- 4- DROIT DE TRANSFORMATION
- 5- PROLONGATION
- 6- DEMANDES DE PRESTATIONS

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

- 1- DÉFINITIONS
- 2- PRESTATIONS
 - A) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT
 - B) ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE
 - C) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE
 - D) ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES
 - E) ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT
 - F) ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE
- 3- PAIEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL - ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT
- 4- DROIT DE TRANSFORMATION
 - A) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT ET ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE
 - B) ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT
- 5- BÉNÉFICIAIRE
- 6- EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES
- 7- PROLONGATION
- 8- DEMANDE DE PRESTATIONS

RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT

- 1- PRESTATIONS
- 2- COORDINATION
- 3- EMPLOI DE RÉADAPTATION
- 4- EMPLOI DE RÉORIENTATION, DE RÉTROGRADATION OU DE RECLASSEMENT
- 5- ALCOOLISME ET TOXICOMANIE
- 6- DROIT DE RENONCIATION AU RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT OBLIGATOIRE DE BASE
- 7- FIN D'EXEMPTION SUITE À UNE RENONCIATION
- 8- EXCLUSIONS
- 9- PROLONGATION
- 10- DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT
- 11- DEMANDE DE PRESTATIONS

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1- DÉFINITIONS

Les définitions de cet article sont celles qui doivent servir à l'interprétation du présent contrat.

- 1) Accident : un événement soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe ou à une noyade ou à une asphyxie accidentelle et qui occasionne, directement ou indépendamment de toute autre cause des lésions corporelles.
- 2) Adhérent : employé assuré en vertu du présent contrat.
- 3) Âge : âge atteint au dernier anniversaire de naissance de la personne assurée.
- 4) Assuré : employé, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge assuré en vertu du présent contrat.
- 5) Comité : comité qui, conformément à la convention constituant le Comité des assurances du SFPQ et de certains autres syndicats de la fonction publique, est responsable de l'établissement et de la mise en application des divers régimes d'assurance collective prévus aux conventions collectives en vigueur.
- 6) Conjoint : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :
 - a) est unie à l'adhérent par les liens d'un mariage légalement reconnu au Québec; ou
 - b) vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
 - c) vit maritalement avec l'adhérent et a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul est reconnu comme tel pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
 - b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage.
- 7) Convention collective : entente intervenue à titre de convention collective entre l'employeur et chacun des syndicats qui sont partie au Comité ou tout règlement ou décret en tenant lieu.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 8) Employé : personne qui occupe un emploi régi par l'une des conventions collectives de travail des syndicats qui sont partie au Comité ainsi que tout autre employé accepté par le preneur.

Cette définition s'applique aussi aux agents de la paix en services correctionnels à statut régulier à temps partiel. Il s'agit d'employés temporaires ou permanents dont les services sont requis sur une base annuelle pour un minimum de mille deux cent quarante-huit (1 248) heures.

De plus, chaque fois qu'il est fait mention des employés cadres, ceci signifie les personnes qui occupent un poste de cadre pour le Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec.

L'employé retraité qui effectue un retour au travail à compter du 1^{er} janvier 2016 n'est pas admissible aux assurances.

- 9) Employé occasionnel admissible aux assurances : toute personne engagée par contrat pour une durée d'un an ou plus, ainsi que toute personne qui, à titre d'employé saisonnier ou occasionnel, est inscrite sur une liste de rappel pour combler chaque année un poste d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à l'exception des personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'employé.

L'employé retraité qui effectue un retour au travail à compter du 1^{er} janvier 2016 n'est pas admissible aux assurances.

- 10) Employeur : le Gouvernement du Québec, y compris les ministères et organismes gouvernementaux qui sont partie à la convention collective de travail des employés, ainsi que tout employeur ou catégorie d'employeurs acceptés comme tels par le preneur et ce, en autant que l'assureur puisse appliquer dès lors toute modification de taux de prime qu'il juge nécessaire en raison de tout ajout d'employeur, après entente avec le preneur.

- 11) Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 18 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale si la personne déficiente était mineure.
- 12) Invalidité totale : l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les trente-six (36) premiers mois [*soixante (60) premiers mois pour l'adhérent assuré en vertu du régime enrichi facultatif de l'assurance traitement*] suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance-traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, l'« invalidité totale » est une incapacité complète de l'employé assuré, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :
- a) les 36 premiers mois (*60 premiers mois pour l'adhérent assuré en vertu du régime enrichi facultatif de l'assurance traitement*) suivant le début de l'invalidité totale;
- b) la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance-traitement de l'employeur.

Par la suite, pour tout adhérent, y compris les employés saisonniers, « invalidité totale » signifie l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie, d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle il est raisonnablement apte en raison de son éducation, de son entraînement ou de son expérience.

Il est entendu que lorsque des soins médicaux sont nécessaires et qu'ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ils doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle.

- 13) Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent contrat, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
- 14) Médecin : un médecin membre en règle de sa corporation professionnelle.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 15) Même période d'invalidité totale : des périodes successives d'invalidité interrompues par :
- a) moins de quinze (15) jours effectifs d'emploi à plein temps durant les 51 premières semaines de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
 - b) moins de trente (30) jours effectifs d'emploi à plein temps de la 52^e semaine à la 104^e semaine de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
 - c) moins de six (6) mois effectifs d'emploi à plein temps après la 104^e semaine de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.
- 16) Non-fumeur : personne qui n'a pas fait l'usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 mois qui ont immédiatement précédé le moment de la déclaration signée.
- 17) Période de paie : une période de quatorze (14) jours.
- 18) Personnes à charge : le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérent.
- 19) Préretraite totale : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé ne travaille pas, étant entendu que sa réserve de congés de maladie s'épuise alors en fonction du nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet.
- 20) Préretraite graduelle : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période, étant entendu que la réserve de congés de maladie de l'employé sert alors à combler l'écart entre le nombre d'heures qu'il travaille réellement et le nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet; lors d'une préretraite graduelle, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.
- 21) Régime antérieur : le régime collectif d'assurance faisant partie du contrat émis par l'assureur, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat.
- 22) Régime d'assurance-traitement de l'employeur : régime d'assurance-traitement de base dont les prestations, payables par l'employeur, sont décrites dans les conventions collectives de travail des syndicats qui sont partie au Comité.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 23) Retour effectif au travail : après une absence du travail, l'adhérent est considéré en retour effectif au travail s'il exerce, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur selon l'horaire habituel prévu pour ladite journée. Les vacances rémunérées à la suite d'une absence au travail ne sont pas considérées comme un retour effectif au travail.
- 24) Retraite graduelle : période d'au plus trois ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et reçoit de la Commission administrative des régimes de rentes et d'assurances une partie de sa rente de retraite; cette période ne peut débiter avant l'âge de 65 ans.
- 25) Retraite progressive : période d'au moins un an et d'au plus cinq ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et selon les conditions de travail applicables aux employés à temps partiel; lors d'une retraite progressive, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.
- 26) Retraité : employé qui prend sa retraite en vertu du Régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics (RREGOP), du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), du Régime de retraite des enseignants (RRE) ou du Régime de retraite des agents de la paix en service correctionnel (RRAPSC). Toutefois, dans le cas d'un adhérent au RRF, au RRE ou au RRAPSC, un retraité pour cause d'invalidité avant l'âge normal de la retraite n'est pas considéré comme retraité aux fins du présent contrat mais plutôt comme une personne invalide et ce, tant qu'il a droit à l'exonération des primes en vertu du présent contrat.

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

- 27) Traitement ou salaire brut :
- a) Pour tous les adhérents à l'exception des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :
- i) Traitement annuel, basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de sa convention collective ou de tout règlement en tenant lieu et servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, incluant le supplément prévu à la convention collective pour une semaine de travail régulièrement majorée.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- ii) Dans tous les cas, le traitement exclut toute autre prime, allocation, rémunération additionnelle ou montant forfaitaire, à l'exception de tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions des conventions collectives.
 - iii) Toutefois, lorsque suite à l'application des dispositions d'une convention collective ou de tout règlement ou décret en tenant lieu, une partie ou la totalité de la garantie d'une augmentation de traitement est accordée sous la forme de montant forfaitaire, ledit montant fait partie du traitement ou salaire de l'employé.
- b) Pour les adhérents faisant partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :
- i) Traitement brut annuel établi en fonction de la moyenne des heures régulières travaillées et versées dans l'année civile précédente pour les employés ayant un lien d'emploi supérieur à 52 semaines à la fin de l'année civile. Le traitement annuel ne peut toutefois être inférieur au traitement de travail de 25 heures par semaine.
 - ii) Dans le cas d'un employé dont le lien d'emploi est de 52 semaines ou moins à la fin de l'année civile, le traitement brut annuel sera établi en fonction de la moyenne des heures régulières travaillées et versées dans l'année civile précédente et la différence entre les 52 semaines nécessaires et le nombre de semaines depuis sa nomination à titre d'employé à temps partiel est considérée avoir été rémunérée en moyenne 25 heures par semaine au traitement horaire.
 - iii) Si pendant la période de référence de 52 semaines, l'employé à temps partiel a reçu une indemnité ou des prestations, il est entendu qu'aux fins du calcul de son traitement annuel moyen, on se réfère au traitement moyen à partir duquel telle indemnité ou telles prestations ont été établies.
 - iv) Le ministère de la Sécurité publique fournira, pour chacune des années, le traitement pour chacun des assurés et ce traitement annuel ne pourra être modifié en cours d'année.
- 28) Traitement ou salaire net : traitement brut moins les impôts fédéral et provincial, les cotisations à l'assurance-emploi, au régime de retraite de l'employeur, au Régime des rentes du Québec et au Régime québécois d'assurance parentale, le tout selon le statut fiscal réel de l'adhérent.

2- ADMISSIBILITÉ

- 1) Tout employé est admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à celle des dates suivantes qui s'applique dans son cas si celle-ci est ultérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat :
 - a) pour l'employé régulier, saisonnier ou occasionnel : la date à laquelle il a complété 21 jours effectifs de travail;
 - b) pour l'agent de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps complet, le médecin, le chirurgien-dentiste ou le professeur : la date à laquelle il a complété un mois de service continu;
 - c) pour l'agent de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel : la date à laquelle il a complété 480 heures de service continu;
 - d) la date à laquelle il répond à la définition d'employé suite à une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe 1, alinéa 3, pourvu qu'il ait immédiatement auparavant été assuré par un régime comportant des garanties comparables.
- 2) La période normalement nécessaire pour devenir admissible ne s'applique pas dans les cas suivants :
 - a) lorsque, après avoir quitté son employeur de façon définitive, l'employé revient chez cet employeur à l'intérieur d'une période qui n'excède pas 30 jours civils;
 - b) lorsque l'employé change d'employeur et qu'il ne s'écoule pas plus de 30 jours civils entre le moment où il a quitté son employeur précédent et celui où il a commencé à travailler pour son nouvel employeur.
 - c) lorsque l'employé passe d'un statut de non-syndiqué à syndiqué.

Advenant une telle situation, l'employé continuera à être protégé par les mêmes régimes que ceux qu'il détenait au moment de la cessation de son emploi précédent. S'il désire effectuer un changement de protection ou de régime d'assurance, il devra respecter les dispositions prévues à cet effet à l'article 5 « CHANGEMENTS DE PROTECTION ».

- 3) Les employés occasionnels qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'emploi ne sont pas admissibles à l'assurance.
- 4) Les personnes à charge sont admissibles, soit à la même date que l'employé si elles sont déjà ses personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 5) La personne à charge qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires à celles du présent contrat devient admissible à l'assurance du présent contrat à la date à laquelle elle cesse d'être protégée par l'autre régime.
- 6) Les agents de la paix en services correctionnels qui occupent une fonction de cadre de façon intérimaire conservent leurs protections pendant toute la durée de leur intérim.

3- DEMANDE D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION

1) Pour le régime d'assurance maladie

- a) L'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour les employés et leurs personnes à charge admissibles et l'employé a accès à trois régimes différents : le Santé 1, le Santé 2 ou le Santé 3. Pour le régime d'assurance maladie, la protection individuelle ne lui est offerte que s'il n'a pas de personne à charge admissible ou si ses personnes à charge admissibles sont exemptées de s'assurer en vertu de ce régime en raison du fait qu'elles sont couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective. Autrement, s'il a un ou des enfants à charge et n'a pas de conjoint, il peut choisir une protection monoparentale ou familiale; s'il a un conjoint, la protection familiale est obligatoire.
- b) Pour adhérer à l'assurance maladie (Santé 1, Santé 2, Santé 3), l'employé doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès qu'il y devient admissible. S'il ne transmet pas de demande d'adhésion à l'assureur, il sera assuré d'office sous le Santé 2 avec une protection individuelle, jusqu'à avis contraire de sa part.
- c) Si l'employé désire adhérer au Santé 1 et que la demande est reçue après la période de 31 jours qui suit la date de son admissibilité, il sera automatiquement assuré sous le Santé 2 à partir de la date de son admissibilité avec une protection individuelle. Son assurance au niveau du Santé 1 et le type de protection demandé entreront en vigueur uniquement à la date de la signature de la demande, mais jamais plus d'un mois avant la date à laquelle ladite demande parvient au siège social de l'assureur.
- d) Advenant le cas où il désire adhérer au Santé 3 et que la demande est reçue après la période de 31 jours qui suit la date de son admissibilité, il sera automatiquement assuré sous le Santé 2 à partir de la date de son admissibilité avec une protection individuelle. À partir de la date de la signature de sa demande, il sera assuré en vertu du Santé 2 selon le type de protection choisi, mais il devra remplir des preuves d'assurabilité, pour lui-même et ses personnes à charge le cas échéant, pour pouvoir obtenir le Santé 3. L'assurance du Santé 3 entrera en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

- e) **Exemption** : L'employé peut, sur avis écrit à son employeur, choisir de ne pas participer au régime d'assurance maladie, à condition qu'il établisse que lui-même et ses personnes à charge sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Une personne à qui a été accordée une exemption à l'égard du régime d'assurance maladie conserve son droit d'adhérer au régime facultatif d'assurance vie.

L'exemption entre en vigueur à la date à laquelle l'employé devient admissible s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent la date de son admissibilité. Pour toute demande d'exemption qui est faite dans les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire, l'exemption entre en vigueur à la date du début de l'assurance similaire. Si une demande d'exemption est faite après les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire, l'exemption entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel l'employé demande l'exemption au régime d'assurance maladie.

L'employé qui a choisi de ne pas participer au régime d'assurance maladie en vertu du droit d'exemption peut y adhérer par la suite, sous réserve des dispositions suivantes :

- i) il doit établir, à la satisfaction de l'assureur, qu'il était antérieurement assuré en vertu du présent régime ou de tout autre régime accordant une protection similaire à celle du présent régime et qu'il lui est devenu impossible de continuer à être ainsi assuré;
- ii) il doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption pour que sa nouvelle assurance entre en vigueur sans délai;
- iii) s'il présente sa demande après ce délai de 31 jours, son assurance en vertu du Santé 1 ou du Santé 2 entrera en vigueur uniquement à la date de la signature de la demande, mais jamais plus d'un mois avant la date à laquelle ladite demande parvient au siège social de l'assureur. S'il choisit d'adhérer au Santé 3 et en fait la demande après le délai de 31 jours qui suivent son admissibilité, il devra remplir des preuves d'assurabilité, pour lui-même et ses personnes à charge le cas échéant, pour pouvoir obtenir ce régime.

Pour l'assurance des personnes à charge

Pour l'adhérent qui détient déjà l'assurance des personnes à charge, tout nouvel enfant à charge est assuré d'office.

Sinon, l'adhérent doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que ses personnes à charge deviennent admissibles au régime ou dans les 31 jours qui suivent la date de cessation de l'assurance en vertu d'un régime comportant des protections similaires. L'assurance des personnes à charge entre en vigueur sans délai si la demande est faite au cours des 31 jours en question; si la demande est faite par la suite, l'assurance du Santé 1 ou du Santé 2 n'entrera en vigueur qu'à la date de signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant sa date de réception par l'assureur. Toutefois, si l'adhérent choisit le Santé 3 et que sa demande est faite après le délai de 31 jours, il devra remplir des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge pour que celles-ci puissent être protégées en vertu de ce régime.

Adhérent de 65 ans ou plus :

Lorsque l'adhérent atteint 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour la partie médicaments. Il peut, en avisant l'assureur par écrit au préalable, choisir une des trois options suivantes :

- a) Maintenir son inscription à la RAMQ et être exempté de sa participation au régime d'assurance maladie qu'il détient. Son régime d'assurance maladie sera résilié à la date de son 65^e anniversaire de naissance.
- b) S'il est assuré en vertu du Santé 2 ou du Santé 3, il peut maintenir son inscription à la RAMQ et conserver également son régime d'assurance maladie. Dans ce cas, aucune modification ne sera apportée à sa prime d'assurance. Tous les frais admissibles prévus par le régime d'assurance maladie (Santé 2 ou 3) seront remboursés par l'assureur, à l'exception des médicaments qui seront remboursés par le régime général d'assurance médicaments de la RAMQ.
- c) Il peut annuler son inscription à la RAMQ et conserver le régime d'assurance maladie qu'il détient. Tous les frais admissibles prévus par son régime d'assurance maladie seront remboursés par l'assureur.

Si l'adhérent choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, il ne pourra plus modifier son choix à cet égard.

Conjoint de 65 ans ou plus :

Lorsque le conjoint atteint 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments pour la partie médicaments. Toutefois, il peut choisir de demeurer assuré en vertu du régime d'assurance maladie détenu par l'adhérent. Dans ce cas, l'adhérent doit transmettre, dans les 31 jours qui suivent le 65^e anniversaire du conjoint, un avis écrit à l'assureur, accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet que son assurance a été résiliée auprès de la RAMQ.

Si le conjoint choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, il ne pourra plus modifier son choix à cet égard. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par le régime si l'adhérent n'est pas lui-même assuré.

2) Pour le régime facultatif d'assurance vie

- a) Pour adhérer au régime facultatif d'assurance vie, l'employé doit au préalable être assuré en vertu du régime d'assurance maladie ou en être exempté.
- b) Si l'employé est admissible au régime facultatif d'assurance vie et qu'il désire s'assurer, il doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible. Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après l'expiration de cette période de 31 jours, il doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. De même, s'il désire adhérer à nouveau après avoir cessé de participer à ce régime, des preuves d'assurabilité seront requises.
- c) Pour être admissible à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, l'employé doit au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, l'admissibilité à l'assurance additionnelle en cas de mort ou de mutilation accidentelles est conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie additionnelle de l'employé.
- d) Pour que le conjoint soit admissible à l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint et que les enfants de l'adhérent soient admissibles à l'assurance vie des enfants à charge, l'employé doit au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.
- e) Pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont toujours exigées. Toutefois, s'il s'agit d'une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe 1, alinéa 3, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour une somme équivalant à celle qui était détenue immédiatement avant l'inclusion, à condition que la demande d'adhésion soit présentée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'inclusion.

Pour l'assurance des personnes à charge

Si l'adhérent désire assurer ses enfants à charge en vertu de l'assurance vie des enfants à charge, il doit en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il a un premier enfant à charge. Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après l'expiration de cette période de 31 jours, il doit fournir, pour ses enfants à charge, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Pour ce qui est de l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont toujours exigées.

S'il s'agit d'une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe 1, alinéa 3, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour une somme équivalant à celle détenue immédiatement avant l'inclusion, à condition que la demande d'adhésion soit présentée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'inclusion.

3) Pour le régime d'assurance traitement

- a) L'adhésion à l'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour tous les employés admissibles et l'employé a la possibilité de choisir entre le régime obligatoire de base ou le régime enrichi facultatif. Dans les deux cas, il doit avoir moins de 64 ans et ne pas être retraité pour être admissible au régime. De plus, s'il s'agit d'un employé saisonnier, il n'est pas admissible à l'assurance traitement lorsqu'il est en période de mise à pied.
- b) Pour adhérer à l'un ou l'autre des régimes d'assurance traitement, l'employé doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès qu'il y devient admissible. S'il ne transmet pas de demande d'adhésion à l'assureur, il sera assuré d'office sous le régime de base obligatoire.
- c) Advenant le cas où l'employé désire adhérer au régime enrichi facultatif et en fait la demande après le délai de 31 jours qui suit son admissibilité, il devra fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.
- d) Si l'employé est dans une des situations prévues dans la description de la garantie qui font en sorte qu'il ne pourra pas bénéficier de la rente prévue par cette garantie, il a la possibilité de renoncer à l'assurance traitement obligatoire de base en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

4- DÉBUT DE L'ASSURANCE

1) Régime d'assurance maladie

Pour l'employé

- a) Le régime d'assurance maladie de l'employé entre en vigueur à la date à laquelle il y devient admissible, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être. L'adhésion à l'assurance est obligatoire s'il remplit les conditions d'admission. À la date de son admissibilité, s'il ne remplit pas le formulaire d'adhésion, l'employé est assuré d'office en vertu du Santé 2 avec une protection individuelle, jusqu'à avis contraire de sa part.

- b) Si l'employé était exempté de participer au régime d'assurance maladie, l'assurance entre en vigueur dès qu'a cessé l'assurance qui a donné lieu à l'exemption si la demande a été présentée dans les délais prescrits et la première prime est alors payable à compter de la période de paie suivante.
- c) Si la demande est présentée plus de 31 jours après la cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, l'assurance en vertu du Santé 1 ou du Santé 2 entrera en vigueur à la date de la signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant la date de sa réception par l'assureur. Toutefois, si des preuves d'assurabilité sont requises parce que l'employé a choisi le Santé 3, l'assurance du Santé 3 entrera en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.
- d) Si l'assurance qui a donné lieu à l'exemption cesse alors que l'employé est totalement invalide, il sera assuré en vertu du Santé 1 à compter de la date à laquelle l'assurance qui a donné lieu à l'exemption cesse, pourvu que la demande soit présentée dans les 31 jours qui suivent. Si la demande est présentée plus de 31 jours après la cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, l'assurance entrera en vigueur à la date de sa réception par l'assureur. L'employé pourra adhérer au Santé 2 ou au Santé 3 dans les 31 jours suivant son retour effectif au travail.
- e) Si l'employé n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où, en plus de satisfaire aux conditions d'admission, il effectue un retour effectif au travail.

Pour les personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date du début de l'assurance de l'employé si ce dernier demande l'assurance des personnes à charge au moment où il s'assure;
- b) la date à laquelle l'employé remplit la demande d'assurance des personnes à charge s'il ne l'avait pas remplie lors de son adhésion et si l'assureur en est avisé plus de 31 jours après la date de son admissibilité;
- c) la date à laquelle la conjointe ou le conjoint devient admissible à l'assurance si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de son admissibilité;
- d) la date de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge;

- e) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les personnes à charge (Santé 3), le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigible en vertu du Santé 1 ou du Santé 2.

2) **Assurance vie de base et assurance mort ou mutilation accidentelles de base**

L'assurance de l'employé entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, si l'employé est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être :

- a) la date à laquelle il y devient admissible;
- b) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour de son retour effectif au travail.

3) **Assurance vie additionnelle et assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles**

L'assurance vie additionnelle de tout employé admissible entre en vigueur à la date du début de la période de paie qui suit l'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises. Il en est de même de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles de l'adhérent si la demande est faite au même moment que l'assurance vie additionnelle. Toutefois, si la demande est faite après, ladite protection entre alors en vigueur à la date du début de la 1^{er} période de paie qui suit la période de 3 mois suivant immédiatement la date de réception de la demande par l'employeur.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour de son retour effectif au travail.

4) **Assurance vie des enfants à charge**

L'assurance vie de tout enfant à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes si l'employé est alors effectivement au travail :

- a) la date du début de l'assurance de l'employé si ce dernier demande l'assurance vie des enfants à charge au moment où il s'assure;
- b) le lendemain de la naissance ou de l'adoption du premier enfant si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de la naissance ou de l'adoption;
- c) le lendemain de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge;

- d) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les enfants à charge, le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où l'assurance vie de l'enfant à charge doit entrer en vigueur, il sera assuré le jour du retour effectif au travail de l'employé.

5) **Assurance vie de la conjointe ou du conjoint**

L'assurance vie de la conjointe ou du conjoint entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si l'employé est alors au travail.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint doit entrer en vigueur, la conjointe ou le conjoint sera assuré le jour du retour effectif au travail de l'employé.

6) **Régime d'assurance traitement**

L'assurance de l'employé entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être :

- a) la date à laquelle il y devient admissible;
- b) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour de son retour effectif au travail.

5- CHANGEMENTS DE PROTECTION

POUR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

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

Pour changer de régime à la hausse, l'adhérent doit présenter une demande. Le changement prendra effet le 1^{er} jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur.

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

- a) un conjoint devient admissible;
- b) naissance ou adoption d'un enfant;
- c) fin de la possibilité d'exemption pour les personnes à charge;

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

le changement prend effet à la date de la demande.

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

Pour pouvoir changer de régime à la baisse, l'adhérent doit respecter la durée minimale de participation suivante :

- a) Pour passer de Santé 3 à Santé 2 ou à Santé 1, il doit avoir participé à Santé 3 pendant une période minimale de 36 mois;
- b) Pour passer de Santé 2 à Santé 1, il doit avoir participé à Santé 2 pendant une période minimale de 24 mois.

Le changement prendra effet le 1^{er} jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, à condition que la période minimale de participation ait été respectée.

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

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

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

Si l'adhérent a une protection familiale et désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle, ou si s'il détient une protection monoparentale et désire la modifier pour une protection individuelle, il doit en faire la demande auprès de son employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

4) **Changement de type de protection – (Santé 3)**

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

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

Toutefois, si les preuves d'assurabilité sont refusées à l'égard d'une personne à charge, celle-ci demeurera protégée en vertu du Santé 2, mais la prime du Santé 3 reliée à une protection monoparentale ou familiale devra être payée.

Si l'adhérent a une protection familiale et désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle ou s'il a une protection monoparentale et désire la modifier pour une protection individuelle, il doit en faire la demande auprès de son employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

POUR LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Toute modification de la somme assurée en vertu du régime d'assurance vie de base, y compris toute variation résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date de son retour au travail.

Si l'adhérent désire augmenter sa somme assurée d'assurance vie additionnelle ou augmenter l'assurance vie de sa conjointe ou son conjoint, il doit remplir une demande de modification et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Dans pareil cas, toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'avis d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises.

Dans le cas d'une diminution du montant d'assurance vie, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à l'assureur avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

POUR LE RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT

Si l'adhérent est assuré en vertu du régime de base obligatoire et désire être assuré en vertu du régime enrichi facultatif, il doit remplir une demande de modification et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Dans pareil cas, la nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant l'avis d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Dans le cas d'une diminution du régime enrichi au régime de base obligatoire, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à l'assureur avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

Aucune augmentation de la protection (régime de base à régime enrichi) ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

Toute modification des indemnités, y compris toute variation résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date de son retour au travail.

Aucune augmentation des indemnités ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale, sauf en ce qui concerne l'indexation de la rente mensuelle prévue en vertu du présent régime.

6- EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide, toutes les garanties détenues pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge assurés sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter de la date d'épuisement de ses jours de congé de maladie accumulés et aussi longtemps que dure cette invalidité totale par la suite. Toutefois, si l'invalidité totale est reconnue par la Loi sur l'assurance-automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes commence à la date à laquelle il cesse de travailler en raison de son invalidité totale.

L'invalidité totale prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- 2) en ce qui concerne le régime d'assurance maladie, 36 mois après le début de l'exonération des primes. Si à cette date, il est toujours en lien d'emploi, il doit alors payer la totalité des primes du régime d'assurance maladie directement à l'assureur. Par contre, s'il y a rupture du lien d'emploi, il devient alors admissible à un régime individuel à l'intention des personnes retraitées.
- 3) la plus tardive des dates qui suivent en ce qui concerne le régime d'assurance vie :
 - a) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
 - b) la date à partir de laquelle l'adhérent n'a plus droit aux prestations d'assurance traitement de l'employeur;

- 4) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans, en ce qui concerne le régime d'assurance traitement.

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

Nonobstant ce qui est indiqué précédemment, si l'adhérent est toujours invalide lors de la fin du contrat, son régime d'assurance maladie se termine à la date de la fin du contrat.

7- ABSENCE SANS TRAITEMENT

Par absence sans traitement, on entend une grève, un lock-out, un congé sans solde autorisé, un congé à traitement différé, une mise à pied temporaire, une suspension ou un congédiement contesté par grief.

Dans tous les cas, l'adhérent doit conserver le régime d'assurance maladie qu'il détient et acquitter les primes nécessaires, incluant la part de l'employeur (excepté pour le congé à traitement différé), dans les délais requis.

Toute invalidité débutant durant l'absence est réputée débuter à la date prévue de retour au travail. Il est toutefois entendu que, dans le cas d'un congé non payé, la durée maximale de maintien en vigueur de l'assurance est de 36 mois.

- 1) En cas de suspension ou de congédiement contesté par grief, l'adhérent doit choisir une des options suivantes, selon la catégorie d'employés à laquelle il appartient :
 - a) Pour un employé autre qu'un agent de la paix en services correctionnels :
 - i) maintenir tous ses régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;
 - ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.
 - b) Pour un agent de la paix en services correctionnels en période de suspension :
 - i) maintenir tous ses régimes d'assurance collective;
 - ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie et le régime d'assurance traitement.
 - c) Pour un agent de la paix en services correctionnels en période de congédiement contesté par grief :
 - i) maintenir tous ses régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;
 - ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Si l'adhérent désire conserver son assurance durant une suspension ou un congédiement contesté par grief, il doit en faire la demande écrite à l'assureur dans les 60 jours suivant le dépôt du grief.

Nonobstant toute autre disposition quant aux absences sans traitement, si la sentence lui est favorable et que le régime d'assurance traitement avait été suspendu, celui-ci est remis en vigueur rétroactivement à la date effective de la suspension ou du congédiement, tant au point de vue de la protection que du paiement des primes.

- 2) Pour tous les autres genres d'absence sans traitement, l'adhérent doit choisir entre une des options suivantes, selon la catégorie d'employés à laquelle il appartient :
 - a) Pour un employé autre qu'un agent de la paix en services correctionnels :
 - i) maintenir tous ses régimes d'assurance collective incluant le régime d'assurance traitement;
 - ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.
 - b) Pour un agent de la paix en services correctionnels :
 - i) maintenir tous ses régimes d'assurance collective, incluant le régime d'assurance traitement;
 - ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie et le régime d'assurance traitement.
- 3) Pour le personnel saisonnier, dans le cas d'une mise à pied temporaire, l'adhérent doit choisir entre :
 - a) maintenir tous ses régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;
 - b) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

Le régime d'assurance traitement est suspendu pour toute la période de la mise à pied temporaire et il est automatiquement remis en vigueur à la date prévue de retour au travail, que la personne soit invalide ou non à cette date. Toute invalidité ayant débuté durant la mise à pied est reconnue comme débutant à la date prévue de retour au travail si la personne est encore invalide à cette date.

- 4) Toute invalidité totale débutant durant une grève ou un lock-out est considérée comme ayant débuté à la date de retour au travail suivant la terminaison de la grève ou du lock-out, en autant que l'adhérent ait maintenu son régime d'assurance traitement. Les autres régimes demeurent en vigueur en autant que la prime requise soit acquittée dans les délais requis.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 5) Si l'adhérent se prévaut des dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit ou à un régime de congé à traitement différé, tous ses régimes d'assurance collective demeurent en vigueur, même pendant la période d'absence. Pour le régime d'assurance maladie, les primes sont payables en totalité, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Pour les régimes d'assurance vie et d'assurance traitement, les dispositions suivantes s'appliquent :
- a) Pour le régime d'assurance vie :
 - i) si l'adhérent participe à un régime de retraite progressive ou de retraite graduelle, les primes et les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;
 - ii) si l'adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit (incluant la préretraite graduelle), ou qu'il participe à un régime de congé à traitement différé, les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.
 - b) Pour le régime d'assurance traitement :
 - i) si l'adhérent se prévaut des dispositions relatives à la retraite progressive, les primes, et les prestations s'il y a lieu, sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;
 - ii) si l'adhérent se prévaut des dispositions relatives à la préretraite graduelle, les primes sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé; de plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur;
 - iii) si l'adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit, ou s'il participe à un régime de congé à traitement différé, les primes, et les prestations s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.
- 6) Lors d'un congé de maternité, tous les régimes d'assurance collective en vigueur au début du congé se continuent et les primes requises doivent être acquittées en conséquence. Si la personne prolonge ce congé de maternité après 20 semaines par un congé sans traitement, les dispositions pour ce genre de congé s'appliquent alors.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 7) Si l'assurance est suspendue pendant une absence sans traitement autre qu'une mise à pied temporaire, aucune prestation n'est payable pour toute invalidité ayant débuté durant cette période, et ce même après la date prévue de retour au travail.
- 8) Dans tous les cas, si l'adhérent n'a pas maintenu sa protection durant un congé sans traitement, son assurance est remise en vigueur à la date de retour effectif au travail, telle qu'elle existait immédiatement avant l'absence.
- 9) Nonobstant ce qui précède, les agents de la paix en services correctionnels à statut régulier à temps partiel doivent maintenir tous les régimes durant toute période d'absence sans traitement. Advenant le cas où les primes cesseraient d'être versées durant une période d'absence sans traitement, la personne devra fournir des preuves d'assurabilité pour bénéficier à nouveau, s'il y a lieu, du Santé 3 et de la protection d'assurance vie.

8- FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de l'adhérent prend fin à 24 h à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) le dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la cessation d'emploi (toutefois, la mutation d'un employé d'un ministère ou organisme à un autre n'est pas considéré comme une cessation d'emploi);
- 4) le dernier jour de la période de paie suivant la retraite de l'adhérent (toutefois, l'adhérent qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération de la prime);
- 5) pour le régime d'assurance maladie, en plus des dates mentionnées ci-dessus :
 - a) la date à laquelle l'adhérent devient assuré en vertu d'un régime similaire, si la demande d'exemption au régime est faite dans les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire;
 - b) le premier jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel l'adhérent demande l'exemption au régime, si la demande est faite après les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire, pourvu que l'assureur en soit avisé au plus tard au moment où l'assurance doit prendre fin;
 - c) la date à laquelle l'adhérent devient assuré en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 6) pour le régime d'assurance vie, en plus des dates mentionnées ci-dessus :
 - a) le 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel l'adhérent demande d'annuler son assurance, pourvu que l'assureur en soit avisé au plus tard au moment où l'assurance doit prendre fin;
 - b) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles;
- 7) pour le régime d'assurance traitement, en plus des dates mentionnées ci-dessus :
 - a) la date à laquelle l'adhérent prend une préretraite totale ou qu'il atteint 64 ans;
 - b) le 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de signature du formulaire de droit de renonciation à l'assurance traitement obligatoire de base;
 - c) le 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel l'adhérent demande de diminuer de protection et passer du régime enrichi facultatif au régime obligatoire de base.

9- FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de toute personne à charge prend fin à 24 h à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 5) pour le régime d'assurance maladie, en plus des dates mentionnées ci-dessus, la date à laquelle la personne à charge devient assurée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;
- 6) pour le régime d'assurance vie, en plus des dates mentionnées ci-dessus, le 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel l'adhérent demande d'annuler l'assurance des personnes à charge, pourvu que l'assureur en soit avisé au plus tard au moment où l'assurance doit prendre fin.

10- LIMITATION DE LA GARANTIE

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par le présent contrat, les dispositions de ce contrat continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu de ce contrat soient modifiés en conséquence. La même règle s'appliquera dans le cas d'une augmentation des tarifs maxima applicables aux frais hospitaliers, lorsque cette augmentation sera supérieure à la dernière augmentation des rentes de retraite payables par la Régie des rentes du Québec.

11- COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

Coordination des prestations - Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés. L'assureur peut - sous réserve du consentement de l'assuré si la loi le prescrit - obtenir de toute personne ou communiquer à ladite personne tout renseignement qui pourrait être nécessaire à l'application de cette clause ou qui pourrait faciliter le paiement des prestations en vertu de la présente assurance.

Partage des remboursements - Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, le présent contrat limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel la personne est considérée comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE VOYAGE

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

12- MODIFICATION DE LA PRIME

L'assureur peut augmenter le taux de prime à la date de renouvellement des taux mentionnée à l'ANNEXE 1 ou en tout temps par la suite, à la condition d'en aviser par écrit le preneur au moins 150 jours à l'avance. De plus, aucune augmentation ne peut s'appliquer avant l'expiration des 26 premières périodes de 14 jours auxquelles l'augmentation précédente s'applique.

Toute modification du taux de prime en raison d'un changement de groupe d'âge entre en vigueur au début de la 1^{ère} période de paie suivant celle au cours de laquelle a eu lieu ce changement.

13- FIN DU CONTRAT

- 1) Le contrat prend fin à 24 h,
 - a) le dernier jour du délai de grâce prévu si la prime payable en vertu de ce contrat n'est pas payée à cette date;
 - b) sur avis écrit du preneur à l'assureur, à la dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée dans l'avis écrit;
 - ii) le jour au cours duquel l'avis écrit parvient au siège social de l'assureur;
 - c) le dernier jour de toute année d'assurance si l'assureur envoie un avis écrit au preneur au moins 150 jours avant la fin de l'année d'assurance.
- 2) Le preneur doit verser à l'assureur une prime proportionnelle pour la période écoulée depuis la date d'échéance de la dernière prime jusqu'à la date de la fin du contrat.

14- RENSEIGNEMENTS

Le preneur doit fournir à l'assureur une liste indiquant le nom, le sexe, la date de naissance, l'état civil, le classement et le salaire annuel de chaque adhérent ainsi que tout autre renseignement nécessaire à la gestion du contrat et, par la suite, aviser l'assureur de toute modification à cette liste. De plus, le preneur autorise l'assureur à examiner les registres et dossiers des assurés détenus par l'employeur.

Le preneur doit s'assurer que les personnes admissibles et les personnes assurées sont informées de leurs droits et obligations en vertu de ce contrat de même que de toute modification qui y est apportée.

15- DÉLAI DE GRÂCE

L'assureur accorde un délai de 30 jours pour le paiement de toute prime échue, à l'exception de la première.

16- ATTESTATION D'ASSURANCE ET BROCHURE EXPLICATIVE

L'assureur remet une attestation d'assurance à l'adhérent par l'entremise de l'employeur, ainsi qu'une brochure explicative dont la mise à jour peut être effectuée lorsque les parties en conviennent.

17- MONNAIE

Tout paiement prévu dans ce contrat est effectué en monnaie canadienne.

18- CONTRAT

Cette police, le cahier des charges, la soumission, toute correspondance ayant fait l'objet d'une entente entre les parties, les demandes d'adhésion, les preuves d'assurabilité des personnes assurées, les avenants et les conventions financières constituent le contrat entre les parties.

19- ADMINISTRATION DU RÉGIME PAR L'EMPLOYEUR

L'assureur accepte les modalités de la lettre d'entente concernant l'administration par l'employeur du régime d'assurance maladie et des régimes complémentaires d'assurance intervenue entre l'employeur et le preneur et coordonnera l'administration des régimes d'assurance pour tenir compte des dispositions de cette entente.

Le preneur s'engage à obtenir le consentement de l'assureur avant de procéder à des modifications pouvant affecter l'administration régulière du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

20- STIPULATIONS GÉNÉRALES

1) Transfert des adhérents lors d'un remplacement de contrat

Lorsque le contrat est résilié et qu'il est remplacé dans les 31 jours par un contrat comportant une protection comparable couvrant en tout ou en partie le même groupe :

- a) toute personne assurée aux termes du contrat précédent ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat;
- b) toute personne assurée aux termes du contrat précédent est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du précédent si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

2) Traitement des protections lors de la résiliation du contrat

- a) L'échéance ou l'annulation de l'une des protections prévues au contrat n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un événement survenu alors que le contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le contrat était en vigueur.
- b) En ce qui concerne l'assurance contre la maladie ou les accidents, l'échéance ou l'annulation de l'une des protections n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée :
 - i) sur le décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu alors que le contrat était en vigueur;
 - ii) sur une invalidité survenue ou une maladie contractée alors que le contrat était en vigueur.

L'assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du contrat.

- c) Malgré les paragraphes 1) et 2) ci-dessus, l'assureur n'est pas tenu d'indemniser l'adhérent lors d'une rechute de l'affection invalidante survenue après l'expiration du contrat si l'invalidité a cessé depuis plus de 180 jours. Dans tous les cas, la protection cesse dès que l'adhérent est pris en charge par un autre assureur aux termes d'un contrat comportant des protections comparables.
- d) Malgré les paragraphes 1) et 2) ci-dessus, le nouvel assureur prend en charge l'adhérent qui souffre d'une affection invalidante survenue pendant que le contrat précédent s'appliquait mais déclarée à l'assureur précédent plus de 180 jours après sa survenance, pendant le nouveau contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

De plus, même si, dans les 180 jours de la cessation de la première invalidité, l'adhérent est de nouveau atteint d'une invalidité reconnue par le nouveau contrat, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau s'applique dès que l'adhérent compte, à partir de l'échéance du précédent, 30 jours de travail à temps plein dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

- e) Les indemnités dues en raison de décès ou mutilation couverts par le contrat précédent conformément aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus ne sont pas prises en charge par le nouvel assureur.

Cependant, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau commence à produire ses effets dès que l'adhérent compte, à partir de l'échéance du contrat précédent, 30 jours de travail à temps plein dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1- DÉFINITIONS

Les définitions de cet article sont celles qui doivent servir à l'interprétation du présent régime.

- 1) Avion : aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.
- 2) Compagnon de voyage : personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).
- 3) Défaillance : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.
- 4) Fournisseur de services de voyage : agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait et une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.
- 5) Frais usuels et raisonnables : les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.
- 6) Hôpital : centre hospitalier situé au Québec (y compris un établissement auxiliaire) au sens de la Loi et des Règlements sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., ch. 5.5) ou un centre hospitalier situé à l'extérieur du Québec et reconnu comme tel par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.
- 7) Hôte à destination : personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

- 8) Médicament équivalent : médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
- 9) Membre de la proche famille : le conjoint, la conjointe, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la soeur de la personne assurée.
- 10) Membre de la famille : tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.
- 11) Perte financière : perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.
- 12) Réunion d'affaires : réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.
- 13) Stable : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :
 - a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
 - b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.
- 14) Traitement : ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même séance par une même catégorie de professionnels de la santé.
- 15) Transport public : déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.
- 16) Véhicule : automobile, caravane motorisée ou camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.
- 17) Voyage : période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :
 - a) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
 - b) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

2- PRESTATIONS

Lorsque l'adhérent doit engager des frais admissibles pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après :

- 1) L'application des pourcentages de remboursement ne tient pas compte des frais engagés pendant que la personne est assurée en vertu d'un autre régime collectif ou en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments.
- 2) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus et sont sujets aux limites prévues pour les soins ou services concernés.
- 3) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge.
- 4) Les frais de professionnels de la santé sont limités à un traitement par jour par professionnel.

A) SANTÉ 1

- **FRANCHISE ET POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

Après déduction d'une franchise par année civile de :

- 1) 225 \$ pour l'adhérent et ses enfants à charge; et
- 2) 225 \$ pour le conjoint de l'adhérent;

le pourcentage de remboursement est :

- 1) pour les médicaments génériques : de 68 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) pour les médicaments de marque :
 - de 68 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

- de 68 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint 1 050 \$, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint 1 050 \$, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

- **FRAIS DE MÉDICAMENTS**

Les médicaments qui figurent dans la liste de médicaments du régime gouvernemental de la province de Québec à la date à laquelle les frais sont engagés et fournis par un pharmacien, un médecin ou un dentiste agréé, que l'on obtient sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour une condition pathologique ou des dommages corporels.

B) SANTÉ 2

- **POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT**

Frais de médicaments : Le pourcentage de remboursement est :

- 1) pour les médicaments génériques : de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) pour les médicaments de marque :
 - de 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué
 - de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint 750 \$, pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Autres frais médicaux :

- frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux » : 80 %

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint 750 \$, pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

- psychologue ou psychothérapeute : 50 %
- assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage : 100 %
- autres frais : 80 %

- **FRAIS DE MÉDICAMENTS**

Les frais admissibles sont les frais raisonnables engagés pour tout service ou article prévu ci-après :

- a) Les frais de médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard de la personne assurée si celle-ci n'était pas assurée en vertu d'un contrat collectif.

- b) Les frais de médicaments nécessaires à la thérapeutique que le régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance de médecins ou de chirurgiens-dentistes [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques et qui sont débités par des pharmaciens, ou par des médecins là où cette pratique est permise par la loi, à l'exception des shampoings et des produits pour la pousse des cheveux; de plus, les frais engagés pour des médicaments obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement de troubles cardiaques, de troubles pulmonaires, du diabète, de l'arthrite, de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, de la fibrose kystique ou du glaucome, ou qu'il s'agisse des produits suivants :
- i) pour les quadriplégiques et les paraplégiques, Prodiem et autres laxatifs, à l'exclusion des lavements;
 - ii) Imodium, pour les maladies iléites, y compris la maladie de Crohn, et pour les colites ulcéreuses (les suppléments alimentaires ne sont pas remboursables);
 - iii) enzymes digestives du lactose pour les personnes assurées de moins de 18 ans;
 - iv) enzymes pancréatiques dans les cas de
 - pancréatite aiguë nécrosante sévère;
 - traumatisme abdominal majeur impliquant la destruction du pancréas;
 - dysfonction digestive comme effet secondaire d'une chirurgie gastro-jéjuno-iléo-hépatique majeure ou de la résection du pancréas;
 - pancréatite chronique.
- c) Les frais pour le traitement des varices à des fins curatives mais non esthétiques, jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par traitement et de 10 traitements par année civile par personne assurée.

- **AUTRES FRAIS MÉDICAUX**

- a) Bas de contention : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat de bas de contention de 20mm et plus de Hg vendus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à un maximum de 3 paires par année civile par personne assurée.
- b) Ambulance : Les frais d'ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour), y compris le transport aérien ou par train en cas d'urgence.
- c) Orthophonie, ergothérapie, audiologie : Sur la recommandation du médecin traitant, les traitements d'orthophonie, d'ergothérapie et d'audiologie, limités à 20 traitements par année civile par personne assurée, pour chacun de ces services.
- d) Physiothérapie en clinique privée : Les traitements de physiothérapie rendus en clinique privée par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique exerçant sous le contrôle d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, à raison de 35 \$ de frais admissibles par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces services, pourvu que les professionnels concernés soient membres en règle de leur corporation professionnelle.
- e) Membres artificiels : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat et le remplacement d'un membre artificiel, y compris un oeil de verre, pour une perte survenue en cours d'assurance.
- f) Appareils orthopédiques et autres fournitures : Sur la recommandation du médecin traitant, les frais de fournitures et services suivants :
 - sang et plasma sanguin;
 - prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires et des frais pour lunettes et lentilles cornéennes), béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques; par appareil orthopédique, on entend un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient, maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons;
 - oxygène et location de l'équipement servant à l'administrer;
 - location de fauteuil roulant non motorisé, de respirateur, de chambre hyperbare et de lit de type hospitalier, pour un usage temporaire.

- g) Examens à des fins de diagnostic : Sur la recommandation du médecin traitant, les radiographies, examens de laboratoire, tests de résonance magnétique, ultrasons, scanographie, radiothérapie ou radiumthérapie, aux fins de diagnostic, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un montant de 300 \$ de frais admissibles, par année civile, par personne assurée.
- h) Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat d'orthèses podiatriques et de chaussures orthopédiques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied; de plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible; toutefois, les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques, ni les sandales de quelque forme que ce soit. En outre, concernant les orthèses podiatriques, les frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.
- i) Stérilets : Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par stérilet. Tous les autres produits anticonceptionnels sont exclus, à l'exception des anovulants, qui sont payables en vertu des sous-paragraphes a) et b) de la section frais de médicaments.
- j) Dentiste pour dommages accidentels : Les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles ou pour la réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire, à condition que ces dommages soient subis après le début de l'assurance et pourvu que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident; il est toutefois entendu que les frais reliés à un implant ne sont pas admissibles.
- k) Chirurgie esthétique suite à un accident : Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la suite d'un accident survenu après le début de l'assurance, excluant ceux qui sont reliés au remplacement d'un implant mammaire.

- l) Chiropraticien, podiatre, acupuncteur : Les honoraires professionnels de chiropraticien, de podiatre et d'acupuncteur, à raison d'un montant admissible de 35 \$ par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités, à condition que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle et étant entendu que les examens aux rayons X et les examens fluoroscopiques effectués en chiropractie sont couverts jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais admissibles par année civile par personne assurée; les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles.
- m) Diététiste : Les honoraires professionnels de diététiste, à raison d'un montant admissible de 35 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 6 visites par année civile par personne assurée. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.
- n) Appareils thérapeutiques : Sur recommandation médicale, les frais de location ou d'achat d'appareils thérapeutiques, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement à vie de 10 000 \$ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend, par exemple, les appareils d'aérosolthérapie, les stimulateurs de consolidation de fractures, les vêtements pour le traitement des brûlures et les neurostimulateurs percutanés, etc. Par contre, les accessoires domestiques (tels purificateur d'air, humidificateur, etc.) et les appareils de contrôle (tel stéthoscope, etc.) ne sont pas considérés comme admissibles.
- o) Glucomètre/réfectomètre : L'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réfectomètre) sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.
- p) Psychologue ou psychothérapeute : Les honoraires professionnels de psychologue ou de psychothérapeute licencié, de même que les frais de thérapie donnée à la Maison La Vigile (Maison d'entraide et de ressourcement pour agentes et agents de la paix), remboursés à 50 % au lieu de 80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 350 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.
- q) Appareils auditifs : Les appareils auditifs jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- r) Prothèses capillaires à la suite de chimiothérapie : Les prothèses capillaires, à la suite de chimiothérapie attestée par un médecin, sous réserve d'un maximum à vie de 375 \$ de frais admissibles par personne assurée.
- s) Pompe à insuline et accessoires : L'achat d'une pompe à insuline, jusqu'à concurrence d'un maximum de 8 000 \$ de frais admissibles par personne assurée par période de 60 mois consécutifs ainsi que l'achat d'accessoires (tubulures, cathéters), jusqu'à concurrence de 2 400 \$ de frais admissibles par personne assurée par année civile.

- **ASSURANCE VOYAGE**

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

- a) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- c) la condition médicale qui occasionne les frais doit être reliée à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

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

a) Frais médicaux admissibles :

1. les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
2. les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
3. tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

b) Frais admissibles de transport :

1. Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
2. les frais pour le rapatriement (en même temps que le rapatriement de la personne assurée) de toute autre personne assurée en vertu du présent contrat, si elle ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
3. le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
4. le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
5. les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;

6. en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
 7. en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- c) **Frais admissibles de subsistance** : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.
- d) **Frais admissibles d'appels interurbains** : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- e) **Décisions médicales** : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

- **LE SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE**

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

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) référence à des médecins ou à des établissements de santé;

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
 - d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
 - e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
 - f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
 - g) règlement des formalités en cas de décès;
 - h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
 - i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
 - j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin prescrit une telle visite;
 - k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
 - l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
 - m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
 - n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
 - o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.
- **FRAIS D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

1. Événements pouvant donner lieu à un remboursement

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

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;

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

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
 - i) d'une panne mécanique;
 - ii) de l'échouement du navire;
 - iii) de sa mise en quarantaine; ou
 - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;
- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
 - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
 - des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables; ou
 - une catastrophe naturelle; ou
 - ii) retard du véhicule, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

2. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ

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

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

3. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée

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

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

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

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

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

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

4. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);
- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

5. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages

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

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

C) SANTÉ 3

Le Santé 3 comprend tous les frais prévus dans le Santé 2, auxquels s'ajoutent les frais suivants :

- Les frais hospitaliers;
- Les frais paramédicaux;
- Les soins dentaires.

• POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT

Frais hospitaliers : 100 %.

Frais paramédicaux : 80 %.

Soins dentaires :

- Soins préventifs : 80 %
- Restauration de base : 65 %
- Restauration majeure : 65 %
- Restauration complexe : 50 %
- Soins d'orthodontie : 50 %

Le remboursement maximum est de 700 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins dentaires engagés pour les soins préventifs, la restauration de base, la restauration majeure et la restauration complexe. Quant au remboursement pour les soins d'orthodontie, celui-ci est limité à un maximum à vie de 700 \$ par personne assurée.

- **FRAIS HOSPITALIERS**

Lorsque, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'adhérent doit engager des frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée dans un centre hospitalier du Canada pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurée, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Le pourcentage de remboursement est égal à 100 % des frais admissibles engagés, jusqu'à concurrence du tarif maximum d'une chambre semi-privée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

- **FRAIS PARAMÉDICAUX**

- a) Clinique ou maison de convalescence : Les frais de séjour, suite à une hospitalisation, dans une clinique ou une maison de convalescence reconnue par l'assureur jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour par personne assurée, pour une durée maximale de 60 jours par année civile. Les frais pour une cure de désintoxication ne sont pas admissibles.
- b) Infirmière à domicile : Les frais engagés pour les services à domicile d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé lorsque prescrits par un médecin pour raisons médicales justifiables, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle. Les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles. Les frais engagés sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par jour, et d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- c) Ostéopathe, naturopathe, homéopathe et massothérapeute : Les honoraires professionnels d'ostéopathe, de naturopathe, d'homéopathe et de massothérapeute, à raison d'un montant admissible de 35 \$ par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités, à condition que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle; les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

- **SOINS DENTAIRES**

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins couverts décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2008 » approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés, au besoin, par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association.

Avant d'entreprendre un plan de traitement important, il est préférable pour l'adhérent de soumettre ledit plan de traitement à l'assureur en lui faisant parvenir le formulaire d'évaluation rempli par le dentiste.

Les frais admissibles sont les frais raisonnables engagés pour tout service ou article prévu ci-après :

1) Soins préventifs

1. Diagnostic

Examen buccal clinique

- a) examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 60 mois consécutifs (01120, 01130)
- b) examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01200)
- c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)
- d) examen d'urgence, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01300)
- e) examen d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01400)
- f) examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500)

Radiographies

- a) radiographies intra-orales
 - radiographie périapicale (02111 à 02116)
 - radiographie occlusale (02131, 02132)
 - radiographie interproximale (02141 à 02144)
 - radiographie des tissus mous (02151 à 02152)
- b) radiographies extra-orales
 - pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - examen des sinus (02304)
 - sialographie (02400)
 - substance radio-opaque (02430)
 - articulation temporo-mandibulaire (02504)
 - pellicule panoramique, jusqu'à concurrence d'une pellicule par période de 60 mois consécutifs (02600)

Test histologique

- Biopsie de tissu mou (04302)
- Biopsie de tissu dur par ponction et incision (04311, 04312)

2. Prévention

- a) polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (11100, 11200, 11300)
- b) application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 12 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400)
- c) scellant de puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 6 à 13 ans (13401, 13404)
- d) meulage interproximal des dents (13700)

3. Traumatisme endodontique

- a) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39201, 39202, 39211, 39212)
- b) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39904, 39912 à 39914)
- c) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
- d) réimplantation d'une dent avulsée (39981)

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- e) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)

4. Chirurgie buccale

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

2) Restauration de base

1. Restauration

Dents primaires

- a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
- b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125)
- c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315)

Dents permanentes

- a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
- b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)
- c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235)
- d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245)
- e) tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304)
- f) supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous le crochet d'une prothèse partielle (21501, 23701)
- g) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118)
- h) facette (antérieure et prémolaire) (23121 à 23123)
- i) prémolaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage (23210 à 23215)
- j) molaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage (23220 à 23225)
- k) incrustation, métal (25100, 25200, 25300, 25500)
- l) incrustation, sans recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25121 à 25123)
- m) incrustation, avec recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25521)
- n) tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604)

2. Restriction concernant les restaurations en composite

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures est limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame.

3. Chirurgie buccale

Tubéroplastie (73150, 73151)

Ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection)
(73171 à 73176)

Ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection)
(73181 à 73186)

3) Restauration majeure

1. Endodontie

Carie / trauma / contrôle de la douleur :

- a) pansement sédatif (20111 à 20121)
- b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
- c) recimentation d'un fragment de dent brisé (20161)

Urgence endodontique :

- pulpotomie (32201, 32202, 32204, 32205 et 32210)

Préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)

Thérapie canalaire

- a) traitement de canal
 - un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
 - deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
 - trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
 - quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
 - canal additionnel (33475)
- b) apexification
 - un canal (33521, 33531, 33541)
 - deux canaux (33522, 33532 à 33542)
 - trois canaux (33523, 33533 à 33543)
 - quatre canaux ou plus (33524, 33534, 33544)

Réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption par une approche non chirurgicale, par dent (34511)

Chirurgie endodontique périapicale :

- apéctomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)

2. Parodontie

- a) soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200)
- b) application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile, par personne assurée pour toutes les dents (41300)
- c) traitements parodontaux d'appoint
 - jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260)
 - jumelages permanents (43290, 43295)
 - équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)
 - détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)
 - appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)
 - appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
 - application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229)

4) Restauration complexe et prothèses

1. Restauration

- a) couronnes complètes préfabriquées :
 - couronne en acier inoxydable (27403, 27413)
 - couronne polycarbonate ou autre matériau similaire (27421 à 27424)

2. Chirurgie endodontique périapicale

- a) apectomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
- b) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212 et 34215)
- c) amputation de racine (34401, 34402)
- d) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
- e) hémisection (39230)

3. Parodontie

- a) chirurgie parodontale
 - curetage gingival et surfaçage radiculaire (42000, 42001)
 - gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
 - fibrotomie (42330, 42331)
 - approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
 - greffe (tissus mous) (42200, 42300, 42301)
 - Wedge proximal (mésial ou distal) (42400)

4. Prothèses fixes

- a) couronne individuelle
 - acrylique cuit (27100)
 - intermédiaire (de transition) en acrylique (27130, 27150)
 - porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal (27200, 27210, 27300, 27310, 27401, 27501, 27503, 28211)
- b) corps coulé (27640, 27700, 27701, 27707, 27710 à 27712)
- c) réparation d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil (27721)
- d) réparation de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirect (27722)
- e) réparation de porcelaine d'une couronne non décimentée, indirect (27723)
- f) recimentation et/ou ablation (29100, 29200, 29300)
- g) pivot préfabriqué (29501 à 29503)
- h) pivot préfabriqué et reconstitution (25751 à 25753, 25771 à 25773)
- i) reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne, y compris les tenons, dent vivante ou dévitalisée (29600)

5. Prothèses amovibles

- a) prothèse complète (51100, 51110, 51120, 51201 à 51203)
- b) prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320)
- c) prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620)
- d) prothèse complète hybride (51701 à 51703, 51711 à 51713)
- e) prothèse complète amovible sur implants (51911, 51912, 51914, 51915, 51921, 51922, 51931, 51932, 57202)
- f) prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232)
- g) prothèse partielle acrylique sur implants (52311, 52312, 52314, 52315, 52321, 52322)
- h) prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223)
- i) prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52530, 52541)
- j) prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620)
- k) prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630)
- l) prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702)
- m) prothèse partielle, base coulée, sur implants (52711, 52712, 52714, 52715, 52721, 52722)

6. Ajustement d'une prothèse

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

7. Réparation d'une prothèse complète ou partielle

- a) réparation d'une prothèse complète sans empreinte (55101 à 55104)
- b) réparation d'une prothèse complète avec empreinte (55201 à 55204)
- c) ajouts de structure à une prothèse partielle (55520 et 55530)
- d) nettoyage et polissage d'une prothèse (55700)

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- e) remplacement des dents d'une prothèse (56602)
- f) récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631)

8. Rebasage et regarnissage

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

9. Restriction concernant le rebasage et le regarnissage

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

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

10. Ponts fixes

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

11. Ponts fixes, services complémentaires

- a) sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante (63031)
- b) décimentation d'un pont devant être recimenté (66600)
- c) immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique pour souder une fracture (66601)
- d) ablation d'un pont ne devant pas être recimenté (66610)
- e) recimentation d'un pont fixe incluant pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre) (66620)
- f) réparations d'un pont fixe (66710, 66720, 66723)
- g) piliers de pont (67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410, 67600)
- h) barre d'ancrage pour fixer à des capuchons (67501)

- i) pilier, incrustation
 - métal (67711 à 67713)
 - porcelaine, céramique ou résine (67721 à 67723)
- j) tenons de rétention pour couronnes et/ou piliers de pont (69701 à 69704)

12. Chirurgie buccale

- a) ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111)
- b) ablations chirurgicales
 - dent ayant fait éruption (complexe) (72100 et 72110)
 - dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
 - racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
 - exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350)
 - exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
 - déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440)
 - énucléation d'une dent (72450)
- c) correction et remodelage des tissus buccaux
 - alvéolectomie (73020)
 - alvéoloplastie (73100, 73110)
 - stomatoplastie (73123)
 - ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
 - reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)
 - extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)
 - extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
- d) ablation d'une tumeur ou d'un kyste
 - ablation d'une tumeur (74108, 74109)
 - ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410)
- e) incision et drainage chirurgicaux (75101, 75110)
- f) ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- g) lacération de tissu mou, réparation (76950, 76951)
- h) lacération de part en part, réparation (76952, 76953)
- i) frénectomie (77801 à 77803)
- j) dislocation de la mandibule (78110, 78111)
- k) glande salivaire, traitement (79103, 79104, 79105, 79106, 79113, 79144)
- l) récupération d'une racine dentaire (79301, 79303)
- m) sinus maxillaire, lavage (79304, 79305)
- n) fistule oro-antrale, fermeture (79306, 79307, 79308)
- o) traitement d'une hémorragie (79400, 79401)

13. Services généraux complémentaires

Sédation consciente par inhalation ou voie intraveineuse (92311 à 92319)

14. Restrictions concernant les prothèses amovibles, les prothèses fixes et les ponts fixes

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

- a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe ; ou
- b) que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et si cette prothèse ou ce pont fixe a été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 5 ans avant le remplacement.

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

5) Soins d'orthodontie

1. Services généraux d'orthodontie

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

2. Corrections des habitudes buccales (14045, 14050, 14100 à 14102, 14201, 14202, 14300)

3. Appareils de maintien d'espace

- sur bagues (15108 à 15111, 15120)
- sur couronne en acier (15200, 15210)
- appareils amovibles (15400, 15410)
- avec mordançage à l'acide (15420)

4. Orthodontie corrective

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

5. Appareils de rétention (83100, 83111, 83112, 83200, 83210)

6. Orthodontie majeure (84000, 84500, 84600, 89600)

3- EXCLUSIONS

Les exclusions suivantes s'appliquent à l'ensemble du régime d'assurance maladie.

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

- 1) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si l'adhérent est dans l'exercice de ses fonctions au moment de ladite participation;
- 2) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- 3) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- 4) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 5) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où l'adhérent réside ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- 6) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 7) pour des soins de chirurgie esthétique;
- 8) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;

- 9) en relation avec la thermographie;
- 10) pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire ou pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- 11) pour des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;
- 12) pour des services, des médicaments ou des produits antitabagiques qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments;
- 13) pour les vaccins préventifs;
- 14) en vertu du Santé 1, pour les médicaments qui ne figurent pas dans la liste de médicaments du régime gouvernemental de la province de Québec à la date à laquelle les frais sont engagés.

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments pour les personnes qui sont assurées par le régime en question.

Pour les fins de l'assurance des médicaments, les exclusions et les limitations prévues au contrat ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre l'assurance du présent régime d'assurance maladie moins généreuse que celle du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments en termes de prestations.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;

- 3) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 5) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- 6) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

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

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

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

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

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

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

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

- 10) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- 11) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;

- 12) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

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

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

Exclusions applicables à l'assurance des soins dentaires du Santé 3

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 3) les frais engagés pour des implants;
- 4) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 5) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 6) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 8) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés qui ont été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, à moins qu'il ne se soit écoulé au moins 5 ans depuis ladite mise en bouche.

4- DROIT DE TRANSFORMATION

Sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes, le régime d'assurance maladie se termine au plus tard lorsque l'adhérent prend sa retraite.

Si le régime d'assurance maladie de l'adhérent prend fin parce qu'il cesse d'y être admissible, il peut, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de son assurance, s'assurer, lui-même et ses personnes à charge, en vertu d'un régime individuel d'assurance maladie à l'intention des personnes retraitées.

5- PROLONGATION

- 1) Sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe 3) du présent article, lorsque l'assurance d'un adhérent se termine pour une autre raison que la fin du contrat, l'assureur continue de payer pour l'adhérent hospitalisé ou une personne à charge assurée hospitalisée lors de la fin de l'assurance, les frais hospitaliers prévus à l'article 2 « PRESTATIONS » et engagés par suite de la continuation ininterrompue de l'hospitalisation après la fin de l'assurance, à condition que :
 - a) l'hospitalisation ait débuté avant la fin de l'assurance et qu'elle se poursuive sans interruption après la fin de l'assurance;
 - b) le présent contrat demeure en vigueur pendant la prolongation.
- 2) Sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe 3) du présent article, lorsque l'assurance d'un adhérent se termine pour une autre raison que la fin du contrat, l'assureur paie pour l'adhérent totalement invalide ou la personne à charge assurée hospitalisée lors de la fin de l'assurance, les frais prévus à l'article 2 « PRESTATIONS » et engagés par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation, à condition que :
 - a) l'adhérent ait engagé avant la fin de son assurance des frais pour lesquels des prestations sont payables en vertu de ce contrat, par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée;
 - b) l'invalidité totale ou l'hospitalisation se continue sans interruption;
 - c) l'employé et ses personnes à charge ne deviennent pas admissibles à un autre régime d'assurance maladie;
 - d) ce contrat demeure en vigueur pendant la prolongation.
- 3) La prolongation d'assurance prend fin à la première des dates suivantes :
 - a) la date de la fin de la période d'exonération des primes;
 - b) 12 mois après la date de la fin de l'assurance.

- 4) En cas de décès de l'adhérent, l'assurance voyage continue de s'appliquer à ses personnes à charge qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant jusqu'à la première des dates suivantes :
 - a) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérent;
 - b) la date de la fin du voyage en cours.

6- DEMANDES DE PRESTATIONS

Pour l'achat de médicaments, ou pour le remboursement des frais dentaires admissibles en vertu du Santé 3, il suffit de présenter au pharmacien ou au dentiste, le cas échéant, la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de l'adhérent. Le mode de paiement prévu par l'assurance à cet égard est « direct » et permet à l'adhérent de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments ou de frais dentaires qu'il engage.

Pour les autres frais prévus au régime d'assurance maladie, l'assureur recommande de faire les demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, l'adhérent devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour ce qui concerne l'assurance annulation de voyage, les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

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

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

1- DÉFINITIONS

Les définitions de cet article sont celles qui doivent servir à l'interprétation du présent régime.

- 1) Perte d'une main ou d'un pied : perte complète et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied.
- 2) Perte d'un oeil : perte totale, définitive et irrémédiable de la vue d'un oeil.

2- PRESTATIONS

A) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Au décès de l'adhérent, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 1 fois le traitement annuel de l'employé, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Toutefois, à l'entrée en vigueur du contrat avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, les personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie en vigueur avant le 12 janvier 1989 (régime C4) et qui bénéficiaient de la clause de prolongation pouvaient conserver ces montants d'assurance vie, sous réserve des dispositions prévues à cet effet.

B) ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

L'assurance mort ou mutilation accidentelles de base prévoit le paiement d'un pourcentage d'une somme assurée égale à 1 fois le traitement annuel de l'employé, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après. Toutefois, à l'entrée en vigueur du contrat avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, les personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie et mort ou mutilation accidentelles en vigueur avant le 12 janvier 1989 (régime C4) et qui bénéficiaient de la clause de prolongation pouvaient conserver ces montants d'assurance vie et mort ou mutilation accidentelles, sous réserve des dispositions prévues à cet effet.

TABLEAU DES PERTES

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

Pour que la somme assurée soit payable en vertu de cette garantie, la perte doit survenir au plus tard au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

Lorsque l'adhérent subit plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie pour l'ensemble de ces pertes ne peut excéder 100 % de la somme assurée d'assurance mort ou mutilation accidentelles de base.

C) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Au décès de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'une somme assurée supplémentaire égale à 1 fois, 2 fois ou 3 fois le traitement annuel de l'employé, selon la protection qu'il a choisie et qui a été acceptée par l'assureur, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

D) ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES

L'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles prévoit le paiement d'un pourcentage d'une somme assurée égale à 1 fois, 2 fois ou 3 fois le traitement annuel de l'employé, selon la protection qu'il a choisie et qui a été acceptée par l'assureur. Cette somme est payable selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

L'adhérent peut choisir un montant d'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles égal à 1 fois, 2 fois ou 3 fois son traitement annuel. Toutefois, ce montant doit être égal ou inférieur au montant d'assurance vie additionnelle qu'il détient.

TABLEAU DES PERTES

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

Pour que la somme assurée soit payable en vertu de cette garantie, l'accident doit survenir avant l'âge de 65 ans et la perte doit survenir au plus tard au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

Lorsque l'adhérent subit plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie pour l'ensemble de ces pertes ne peut excéder 100 % de la somme assurée d'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles.

E) ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT

Au décès de la conjointe ou du conjoint assuré, cette garantie prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 10 000 \$, 20 000 \$, 30 000 \$, 40 000 \$ ou 50 000 \$, selon la protection que l'adhérent a choisie et qui a été acceptée par l'assureur, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

La somme assurée payable au décès de la conjointe ou du conjoint est réduite à 10 000 \$ lorsque l'adhérent atteint 65 ans.

F) ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE

Au décès d'un enfant à charge assuré, cette garantie prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 5 000 \$, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

3- PAIEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL - ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

- 1) Sur acceptation de l'assureur, si l'espérance de vie de l'adhérent est de moins de 24 mois, ce dernier peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en vertu de la présente assurance payable à son décès.

Ce paiement est toutefois limité au moindre de 50 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie de base ou de 100 000 \$.

- 2) Au décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la garantie d'assurance vie de base est réduit :
 - a) du montant du paiement anticipé, et
 - b) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.
- 3) Toutes les primes prévues demeurent toutefois payables, à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement de ses primes.

4- DROIT DE TRANSFORMATION

A) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT ET ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Si l'adhérent a moins de 50 ans lorsque son assurance se termine et qu'il n'est pas alors admissible à l'assurance des personnes retraitées, il peut, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de son assurance et sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie d'assurance en cas d'accident, selon la protection d'assurance collective qu'il détenait jusque-là. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi.

Si l'adhérent a 50 ans ou plus lorsque son assurance se termine, il est alors admissible au régime collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées et peut s'assurer en vertu de ce régime en remplissant les formulaires appropriés.

B) ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT

Sous réserve des dispositions suivantes, la conjointe ou le conjoint peut transformer son assurance en un contrat individuel d'assurance vie d'un genre émis par l'assureur sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité :

- 1) le contrat d'assurance collective doit être en vigueur au moment de la transformation;
- 2) l'adhérent doit avoir moins de 50 ans lorsque l'assurance de sa conjointe ou son conjoint prend fin et l'assurance de la conjointe ou du conjoint doit prendre fin en raison de la cessation d'emploi de l'adhérent;
- 3) il est impossible pour la conjointe ou le conjoint de transformer son assurance si l'adhérent devient admissible à l'assurance vie en vertu du contrat collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées;
- 4) la demande doit être faite au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de l'assurance.

5- BÉNÉFICIAIRE

- 1) Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.
- 2) L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.
- 3) La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :
 - a) advenant le décès du conjoint, aux héritiers légaux du conjoint;
 - b) advenant le décès d'un enfant à charge, au conjoint si celui-ci est vivant, sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.
- 4) La somme assurée en cas d'accident pour une autre perte qu'un décès est versée à l'adhérent.

6- EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES

L'assureur ne verse pas les prestations prévues par l'assurance mort ou mutilation accidentelles de base ni celles qui sont prévues par l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, si la perte est subie :

- 1) lorsque l'adhérent exerce une fonction de membre d'équipage d'aéronef, sauf s'il est dans l'exercice de ses fonctions au moment où il exerce ladite fonction de membre d'équipage;
- 2) en raison d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 3) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;
- 4) à la suite d'automutilation volontaire ou de suicide, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non;
- 5) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si l'adhérent est dans l'exercice de ses fonctions au moment de ladite participation;
- 6) par suite de participation à un acte criminel ou à un attentat quelconque;
- 7) pendant que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.

7- PROLONGATION

Advenant le décès de l'adhérent ou du conjoint assuré de l'adhérent dans les 31 jours qui suivent la cessation de l'assurance du présent contrat, et alors que la personne assurée aurait été en mesure d'exercer son droit de transformation ou d'adhérer au régime facultatif d'assurance vie des retraités, le montant d'assurance vie payable est égal au montant que cette personne assurée aurait eu le droit de transformer ou de détenir en vertu du régime facultatif d'assurance vie des retraités.

8- DEMANDE DE PRESTATIONS

- 1) Toute demande de prestations au titre de ce régime doit être transmise par écrit à l'assureur au cours de la période de 30 jours qui suit la date du décès ou de l'une des pertes énumérées aux tableaux des pertes de l'article 2 « PRESTATIONS ».
- 2) Les ayants droit ou l'adhérent doivent fournir des preuves de décès à l'assureur au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, y compris un rapport médical et des preuves de l'âge de l'adhérent et de la personne à charge assurée et du traitement de l'adhérent ainsi que tout autre renseignement jugé utile.
- 3) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT

1- PRESTATIONS

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide et le demeure, il a droit au paiement d'une rente mensuelle après une certaine période, selon les modalités qui sont prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et ce qui est indiqué ci-après.

Aux fins du présent régime, l'invalidité totale débute :

- 1) à la date à laquelle l'adhérent cesse de travailler par suite d'invalidité totale, dans le cas d'une invalidité reconnue par la Loi sur l'assurance-automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 2) à la date à laquelle il a épuisé ses jours de congés de maladie accumulés, dans tout autre cas.

L'invalidité totale prend fin lorsque l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

Rente mensuelle

- 1) **en vertu du régime obligatoire de base** : 60 % du traitement mensuel net de l'adhérent à la date d'épuisement de ses congés de maladie accumulés. Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées à cet effet à l'article « COORDINATION » et il est déterminé en tenant compte des prestations payables en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur, que ces prestations soient payées ou non.
- 2) **en vertu du régime enrichi facultatif** : 87,5 % du traitement mensuel net de l'adhérent à la date d'épuisement de ses congés de maladie accumulés. Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées à cet effet à l'article 2 « COORDINATION » et il est déterminé en tenant compte des prestations payables en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur, que ces prestations soient payées ou non.

Début des prestations : après épuisement de la banque de congés de maladie de l'adhérent (cette banque est considérée comme ayant un minimum de 5 jours ouvrables) et de sa première année de prestation en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

Durée maximale des prestations : jusqu'à 65 ans.

Indexation de la rente versée : Rajustement selon l'indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence 3 %, le premier janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/30 par jour d'invalidité.

Modalité spéciale pour le personnel occasionnel

Pour le personnel occasionnel engagé par contrat pour une durée d'un an ou plus, la banque de congés de maladie (minimum 5 jours ouvrables) doit être épuisée avant la fin du contrat pour que la rente soit payable. Après la fin prévue de son contrat, il est présumé que le contrat de l'employé occasionnel sera reconduit.

Modalités spéciales pour le personnel saisonnier

Pour l'employé saisonnier, les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) la rente mensuelle n'est payable qu'à l'égard des périodes prévues d'emploi;
- 2) le délai de carence et la période à l'égard de laquelle la rente est effectivement payée sont déterminés en tenant compte de la plus longue des périodes prévues ci-après :
 - a) la période courante pour laquelle l'employé a effectivement été rappelé;
 - b) la durée moyenne des trois (3) périodes les plus récentes, pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

2- COORDINATION

La rente est diminuée de toute prestation initiale nette d'impôt provenant des sources suivantes :

- 1) le régime d'assurance traitement de l'employeur;
- 2) la commission de la Santé et de la Sécurité du travail;
- 3) le régime de rentes du Québec;
- 4) le régime de pensions du Canada;
- 5) la société de l'assurance-automobile du Québec;
- 6) toute police d'assurance collective;
- 7) tout régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic.

À défaut de recevoir les montants de ces différentes sources de revenu, l'adhérent doit fournir la preuve qu'il n'a pas droit à des prestations provenant de ces sources. Précisons toutefois que l'assureur n'exige pas que l'adhérent invalide fasse une demande de rente de retraite qui subirait une réduction actuarielle. Cependant, si l'adhérent en fait quand même la demande et reçoit une rente réduite actuariellement, tant du régime de rentes du Québec, du régime de pensions du Canada que d'un régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic, la rente reçue sera considérée dans le calcul de la coordination par l'assureur.

Les indexations ultérieures de ces prestations ne réduisent pas le montant de rente payable en vertu du présent régime.

3- EMPLOI DE RÉADAPTATION

Si l'adhérent est totalement invalide, il peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur. La rente payée en vertu de ce régime est alors réduite de 60 % de la rémunération nette provenant dudit travail.

4- EMPLOI DE RÉORIENTATION, DE RÉTROGRADATION OU DE RECLASSEMENT

Si l'adhérent est totalement invalide, il peut s'engager dans un travail de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement, conformément à ce qui est prévu dans sa convention collective tout en continuant de bénéficier de la présente assurance relativement à l'invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail demeure un emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement. La rente payée par l'assureur pendant la durée d'un tel emploi est alors réduite de 60 % de la rémunération nette provenant dudit emploi. De plus, le montant de la rente payée est ajusté de manière à ce que la somme de cette rente et de la rémunération nette de l'emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement n'excède pas 100 % du traitement net qu'il recevait au moment où son invalidité totale a débuté.

5- ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

L'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme des maladies dans la mesure où l'adhérent est traité médicalement en vue de sa réadaptation, selon les normes généralement reconnues. L'adhérent qui a reçu des traitements en vue de sa réadaptation et chez qui subsiste une incapacité physique ou mentale reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie a droit aux prestations d'invalidité, à condition que son état corresponde à celui qui est prévu dans la définition du terme « invalidité totale » et pourvu que l'adhérent poursuive ses traitements de réadaptation, s'il est médicalement considéré qu'il y a lieu de le faire.

6- DROIT DE RENONCIATION AU RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT OBLIGATOIRE DE BASE

L'adhérent peut refuser de participer au régime d'assurance traitement obligatoire de base ou cesser d'y participer en vertu du droit de renonciation. Ce droit de renonciation peut être exercé si l'adhérent rencontre un des critères suivants :

- 1) il est déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement;
- 2) il participe au Régime de retraite des enseignants (RRE) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF);

- 3) il a signé une entente avec son employeur confirmant qu'il prendra sa retraite dans moins d'un an;
- 4) il a accumulé une banque de congés de maladie lui procurant une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 64 ans en cas d'invalidité;
- 5) il a accumulé 35 années de participation reconnues au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) (en incluant sa banque de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

Si l'adhérent désire exercer ce droit de renonciation, il doit remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance traitement obligatoire de base » et le faire parvenir à l'assureur par le biais de son employeur.

Le régime d'assurance traitement obligatoire de base prendra fin à la date du début de la période de paie qui suit la date de signature du formulaire, dans la mesure où l'assureur est avisé avant ladite date.

Ce choix est irrévocable (sauf si le régime collectif d'assurance traitement similaire prend fin) et aucun remboursement rétroactif des primes n'est accordé.

7- FIN D'EXEMPTION SUITE À UNE RENONCIATION

Si l'adhérent avait renoncé de participer au régime d'assurance traitement obligatoire de base parce qu'il était couvert en vertu d'un régime collectif qui offre une protection similaire d'assurance traitement et que ce régime collectif se termine, il doit établir, à la satisfaction de l'assureur, qu'il était antérieurement assuré en vertu d'un régime similaire d'assurance traitement et qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assuré. Il doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et il sera assuré d'office à compter de la date de la fin de l'assurance qui a permis l'exemption, s'il est au travail ou apte au travail à cette date. Advenant le cas où il est absent du travail à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, le régime d'assurance traitement obligatoire de base entrera en vigueur à la date de son retour effectif au travail.

8- EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune indemnité dans les cas suivants :

- 1) pour des invalidités totales survenues par suite d'une guerre ou par suite de la participation de l'adhérent à une insurrection ou à une émeute, sauf s'il est dans l'exercice de ses fonctions au moment de ladite participation;
- 2) pour des invalidités totales survenues par suite de la participation de l'adhérent à un crime ou à un attentat quelconque;

- 3) pour des invalidités totales survenues pendant que l'adhérent est en service actif dans les forces armées;
- 4) pour des invalidités totales survenues pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions prévues au présent régime;
- 5) si l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.

9- PROLONGATION

La fin du contrat n'est opposable à aucune demande de prestations prévues à l'article 1 « PRESTATIONS » pour une invalidité qui dure encore après la fin du contrat.

Toutefois, la garantie cesse dès que la personne est prise en charge par un autre assureur au titre d'un contrat comportant des garanties comparables.

10- DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

11- DEMANDE DE PRESTATIONS

- 1) Toute demande de prestations au titre de ce régime doit être transmise par écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations.
- 2) Des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, doivent être fournies à l'assureur au cours des 90 jours qui suivent la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations.
- 3) L'assureur reconnaît que l'employeur est responsable du contrôle de l'invalidité entre la 52^e semaine et la 104^e semaine d'invalidité. Toutefois, l'assureur se réserve le droit de demander dans les semaines précédant la 104^e semaine d'invalidité, les documents et renseignements nécessaires à la gestion des prestations d'invalidité afin d'éviter toute interruption des prestations.

- 4) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus ne peut être la cause d'un refus, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient transmis à l'assureur au plus tard 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations.