



Contrat d'assurance collective 006000

Version administrative
au 1^{er} janvier 2021



beneva

par LaCapitale

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

**LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.
(Assureur)**

conformément au contrat numéro 006000 accepté par les parties constituantes du
Comité paritaire intersectoriel FTQ, soit

pour la partie patronale :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
LA FÉDÉRATION DES CENTRES DE SERVICES SCOLAIRES DU QUÉBEC
ASSOCIATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES ANGLOPHONES DU QUÉBEC
FÉDÉRATION DES CÉGEPS

pour la partie syndicale :

SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE (SCFP)
SYNDICAT QUÉBÉCOIS DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS DE SERVICE,
SECTION LOCALE 298 (SQEES)
UNION DES EMPLOYÉS ET EMPLOYÉES DE SERVICE, SECTION LOCALE 800
SYNDICAT DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS PROFESSIONNELS-LES
ET DE BUREAU – QUÉBEC (SEP-BUREAU)

ASSURE les personnes salariées qui y sont admissibles.

Date d'entrée en vigueur du contrat : Le 1^{er} janvier 2021.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et des ententes et avenants émis subséquemment. Il ne confère aucun nouveau droit rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à tout événement donnant droit à des prestations demeurent celles en vigueur à la date de cet événement.

Date de renouvellement : Le 1^{er} janvier 2022 et la première journée de toute période contractuelle par la suite.

Durée du contrat : La première période contractuelle s'étend de la date d'entrée en vigueur du contrat jusqu'au 31 décembre 2021. Par la suite, la période contractuelle est d'une durée de 12 mois ou toute autre durée convenue par écrit entre le Comité paritaire et l'Assureur.

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ ET DE PARTICIPATION	13
2.1 Admissibilité	13
2.2 Participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base	18
2.3 Participation aux régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires	20
2.4 Participation au régime optionnel d'assurance vie	21
2.5 Droit d'exemption	25
2.6 Choix initial et demande de changement de statut de protection	28
2.7 Prise d'effet de l'assurance	29
2.8 Dispositions de transition	32
2.9 Changement de salaire	33
2.10 Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail	33
2.11 Congé à traitement différé	35
2.12 Preuves d'assurabilité pour les régimes optionnels	36
2.13 Terminaison de l'assurance	36
ARTICLE 3 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE DE BASE	38
3.1 Volet complet	38
3.2 Volet réduit	45
3.3 Assurance voyage	48
3.4 Assurance annulation de voyage	56
3.5 Exclusions	62
3.6 Prolongation	63

3.7	Droit de transformation	63
ARTICLE 4 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE		64
4.1	Frais admissibles remboursés à 80 %	64
4.2	Frais admissibles remboursés à 50 %	65
4.3	Exclusions	65
4.4	Prolongation	66
4.5	Droit de transformation	66
ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES		67
5.1	Frais admissibles	67
5.2	Modalités de remboursement	67
5.3	Description des frais admissibles	67
5.4	Restrictions concernant les prothèses amovibles	78
5.5	Limitations aux frais admissibles	78
5.6	Exclusions	78
5.7	Prolongation	79
5.8	Droit de transformation	79
ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE		80
6.1	Assurance vie de base de la personne salariée	80
6.2	Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle de la personne salariée	80
6.3	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée	81
6.4	Assurance vie additionnelle de la personne salariée et assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée	82
6.5	Assurance vie de la personne retraitée	82
6.6	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée	83

6.7	Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée	83
6.8	Prolongation en cas de transformation	83
6.9	Droit de transformation	84
6.10	Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	85
ARTICLE 7 - PAIEMENT DES PRIMES - EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ		86
7.1	Paiement des primes	86
7.2	Exonération des primes en cas d'invalidité	87
ARTICLE 8 – DEMANDE DE PRESTATIONS		91
8.1	Dispositions générales	91
8.2	Régime obligatoire d'assurance maladie de base et régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires	92
8.3	Assurance voyage et assurance annulation de voyage	94
8.4	Régime optionnel d'assurance vie	95
8.5	Exonération des primes en cas d'invalidité – Preuves d'invalidité	96
ARTICLE 9 - CONTRAT		97

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour l'interprétation de la présente police et sauf stipulation contraire, les expressions suivantes désignent :

- 1.1 « **Accident** » : Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause.
- 1.2 « **Activité à caractère commercial** » : Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
- 1.3 « **Âge** » : L'âge au dernier anniversaire d'une personne assurée au moment où il est calculé ou bien, le jour où un événement prévu au contrat se produit.
- 1.4 « **Alcoolisme et toxicomanie** » : L'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus s'abstenir de consommer de l'alcool ou des drogues sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.
- 1.5 « **Assisteur** » : Canassistance inc. ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.6 « **Associé en affaires** » : La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- 1.7 « **Centre de réadaptation** » : Établissement reconnu comme tel par les autorités gouvernementales de la province où est situé l'établissement, ou par l'Assureur en l'absence de telles autorités. Cet établissement doit offrir, sur place et en tout temps, les services de médecins et d'infirmiers. L'admission dans un tel centre doit avoir pour objet la réadaptation ou la convalescence de la personne assurée.

Les maisons de santé ou de repos, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les cliniques de traitement de la dépendance ne sont pas considérés comme des centres de réadaptation.

- 1.8 « **Centre hospitalier** » : Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2) et ses règlements; à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

Les maisons de santé ou de repos, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les cliniques de traitement de la dépendance et les stations thermales ou autres refuges analogues ne sont pas considérés comme des centres hospitaliers.

- 1.9 « **Clinique de traitement de la dépendance** » : établissement reconnu comme tel par les autorités gouvernementales de la province où est situé l'établissement, ou par l'Assureur en l'absence de telles autorités. La clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire en tout temps.
- 1.10 « **Comité** » : Le Comité paritaire intersectoriel - Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (CPI - FTQ).
- 1.11 « **Compagnon de voyage** » : La personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.
- 1.12 « **Contrat antérieur** » : Le contrat collectif d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les personnes salariées et les personnes retraitées de l'employeur et leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.13 « **Convention collective** » : Les conventions collectives liant d'une part, les Comités patronaux de négociation des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'enseignement primaire et secondaire et de l'enseignement collégial, et d'autre part, les syndicats affiliés à la FTQ et représentés au sein du Comité et celles liant les parties acceptées par le Comité.
- 1.14 « **Employeur** » : Tout établissement représenté par une association patronale mentionnée à la page frontispice ou tout employeur ou catégorie d'employeurs accepté par le Comité.
- 1.15 « **Fournisseur de services de voyage** » : Agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- 1.16 « **Frais de voyage payés d'avance** » : Somme déboursée d'avance par la personne assurée pour :
- 1.16.1 l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;

- 1.16.2 les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par un fournisseur de services de voyage;
- 1.16.3 les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
- 1.17 « **Hôte à destination** » : La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée selon une entente prévue à l'avance.
- 1.18 « **Invalidité** » :
- 1.18.1 Pour les personnes salariées de la **Fédération des centres de services scolaires du Québec**, un état d'incapacité, résultant d'une maladie ou d'un accident qui, pendant les 24 premiers mois empêche l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi et exige des soins médicaux continus et, après 24 mois, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

1.18.2 **Pour tous les autres secteurs**

1.18.2.1 « Invalidité de 48 mois et moins » :

Pour les personnes salariées du **secteur de la santé et des services sociaux et pour celles de l'Institut national de santé publique**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant soit d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, soit d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, soit d'un don d'organe ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Pour les personnes salariées du **Musée national des beaux-arts du Québec**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant soit d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, soit d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, soit d'un don d'organe faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Pour les personnes salariées de la **Société québécoise des infrastructures (SQI)**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant soit d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, soit d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son occupation ou de toute autre occupation analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur.

Pour les personnes salariées du **secteur des centres de services scolaires et des commissions scolaires** par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident à l'exclusion d'une lésion professionnelle, nécessitant des soins médicaux de même qu'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, cet état d'incapacité rendant la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.

Pour les personnes salariées du **secteur de l'enseignement collégial**, pour celles de la **Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)**, pour celles de la **Régie de l'énergie** ainsi que pour celles de la **Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident ou résultant directement d'une complication d'une grossesse ou d'une interruption de grossesse avant la 20^e semaine précédant la date prévue pour la naissance, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de sa fonction ou de toute autre fonction analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur. L'invalidité couvre également une incapacité résultant d'une hospitalisation pour intervention chirurgicale ou d'une intervention médicale au cabinet du médecin, liée à la planification familiale.

1.18.2.2 « Invalidité de plus de 48 mois » :

Par invalidité, on entend un état d'incapacité qui rend la personne salariée totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, sa formation et son expérience.

1.18.3 Dispositions particulières

La personne salariée n'est pas considérée invalide pour toute période d'invalidité au cours de laquelle elle n'est pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à exercer la médecine sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur.

- 1.19 « **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable** » : La liste de médicaments soumis à une autorisation préalable est une liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels la personne assurée doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu du présent contrat.
- 1.20 « **Médicaments génériques** » : Les médicaments génériques sont des équivalents aux médicaments originaux ou innovateurs.
- 1.21 « **Médicaments originaux ou innovateurs** » : Les médicaments originaux ou innovateurs correspondent aux médicaments pour lesquels il existe un médicament générique équivalent.
- 1.22 « **Médicaments uniques** » : Les médicaments uniques sont des médicaments pour lesquels il n'existe aucun médicament générique équivalent.
- 1.23 « **Non-fumeur** » (**s'applique aux garanties d'assurance vie additionnelle**) : personne qui, au moment où elle remplit la déclaration à cet effet, n'a pas fumé de cigarettes au cours de la dernière année. Toute personne assurée qui modifie ses habitudes de tabagisme suite à sa déclaration d'assurabilité **doit en informer par écrit l'Assureur dans les 30 jours suivant cette modification.**
- 1.24 « **Participant** » : Une personne salariée ou une personne retraitée assurée en vertu de ce contrat.

1.25 « Période d'invalidité » :

1.25.1 Pour les personnes salariées du **secteur de la santé et des services sociaux** et pour celles de l'**Institut national de santé publique** : pendant les 36 premiers mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par une période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Cette période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet est :

- i) moins de 15 jours si la durée de l'invalidité est inférieure à 78 semaines;
- ii) moins de 45 jours si la durée de l'invalidité est égale ou supérieure à 78 semaines.

Au-delà du 36^e mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

1.25.2 Pour les personnes salariées du **secteur des centres de services scolaires et des commissions scolaires** : pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 40 jours (lire 8 jours au lieu de 40 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

1.25.3 Pour les personnes salariées de la **Fédération des centres de services scolaires du Québec** : toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives séparées par une période de rémission de moins de 31 jours au cours des 24 premiers mois d'invalidité totale, ou de moins de 180 jours au-delà des 24 premiers mois, à moins que la période subséquente d'invalidité totale ne soit attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

1.25.4 Pour les personnes salariées de la **Société québécoise des infrastructures (SQI)** : pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet. Cette invalidité doit être attribuable à la même cause que l'invalidité antérieure qui a donné droit à une prestation.

1.25.5 Pour les personnes salariées du **secteur de l'enseignement collégial** : une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 8 jours (lire 32 jours au lieu de 8 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est supérieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

1.25.6 Pour les personnes salariées de la **Régie de l'énergie** : une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est inférieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

1.25.7 Pour les personnes salariées de la **Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)** : une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est inférieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

1.25.8 Pour les personnes salariées du **Musée national des beaux-arts du Québec** : pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Malgré l'alinéa précédent, est considérée comme faisant partie de la même invalidité, toute période pour laquelle la personne salariée doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet. Cette invalidité doit être attribuable à la même cause que l'invalidité antérieure qui a donné droit à une prestation.

1.25.9 Pour les personnes salariées de la **Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)** : à moins que la personne salariée n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente, une période d'invalidité est :

- dans le cas où elle est inférieure à 52 semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein ;
- dans le cas où elle est égale ou supérieure à 52 semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 30 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein.

Malgré ce qui précède, est considérée comme faisant partie de la même invalidité toute période pour laquelle la personne salariée doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

1.25.10 Pour les personnes salariées de **tous les secteurs** : une période d'invalidité résultant d'une maladie ou d'une blessure qui a volontairement été causée par la personne salariée elle-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne salariée reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réhabilitation est reconnue comme une période d'invalidité.

1.26 « **Personne à charge** » : Le conjoint ou l'enfant à charge d'un participant tel que défini ci-après :

1.26.1 Conjoint : une personne du même sexe ou de sexe différent qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est mariée ou unie civilement au participant; ou
- ii) vit maritalement avec un participant depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père d'un enfant du participant; ou
- iii) vit maritalement avec un participant et avait déjà ainsi vécu maritalement avec ce participant tout au long d'une période d'au moins un an.

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

- un jugement de divorce prononcé entre le participant et le conjoint dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si un participant a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que le participant lui aura désigné par avis écrit.

1.26.2 Enfant à charge : l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exerce l'autorité parentale;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à **temps complet**, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.
- iii) une personne majeure, sans conjoint, domiciliée chez le participant, atteinte d'une invalidité totale survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions prévues aux paragraphes i) et ii), pour laquelle la personne est demeurée continuellement invalide depuis cette date et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- iv) une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu selon la Loi sur la sécurité du revenu, qui est domiciliée chez le participant et sur laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

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

Dans le secteur des centres de services scolaires et des commissions scolaires, le secteur de l'enseignement collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) ainsi que pour la Régie de l'énergie, un enfant du participant, du conjoint ou des deux comprend un enfant pour lequel une procédure d'adoption est entreprise.

- 1.27 « **Personne assurée** » : Un participant ou l'une de ses personnes à charge assurée en vertu de ce contrat.
- 1.28 « **Personne retraitée** » : Une personne à la retraite qui satisfaisait à la définition de personne salariée au terme de ce contrat ou des contrats antérieurs immédiatement avant la date de sa retraite.

1.29 « **Proche parent** » : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits enfants de la personne assurée.

Si aucune personne ne rencontre la définition ci-dessus, « proche parent » désigne alors un ami ou une amie de la personne assurée.

1.30 « **RAMQ** » : Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.31 « **Salaires ou traitements** » :

1.31.1 Dans le **secteur de la santé et des services sociaux** : le salaire à l'échelle majoré, le cas échéant, des primes d'ancienneté et de disparités régionales, incluant la rémunération additionnelle pour la formation postsecondaire, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire et les autres gains non réguliers;

1.31.2 Dans le **secteur de l'enseignement collégial** : le traitement majoré des primes de disparités régionales, s'il y a lieu, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire;

1.31.3 Pour la **Société québécoise des infrastructures (SQI)** : le salaire à l'échelle qui correspond à son classement et à son crédit d'expérience, le cas échéant, à l'exclusion de tout montant forfaitaire, majoration de salaire, supplément de salaire, rémunération additionnelle, prime, allocation ou ajustement régional, etc.;

1.31.4 Pour le **secteur des centres de services scolaires et des commissions scolaires** : le taux de traitement incluant les primes pour disparités régionales;

1.31.5 Pour la **Fédération des centres de services scolaires du Québec** : la rémunération brute régulière excluant les sommes reçues de l'employeur et qui ne font pas partie de la rémunération régulière de la personne salariée telles que les bonis, les paiements pour le temps supplémentaire, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement, tout paiement forfaitaire ou autre somme payable occasionnellement;

1.31.6 Pour le **Musée national des beaux-arts du Québec** : le taux horaire selon le classement, à l'exclusion de tout montant forfaitaire, majoration de traitement, supplément de traitement, rémunération additionnelle, prime, allocation, etc.;

1.31.7 Pour la **Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)** : le taux de traitement, majoré s'il y a lieu, de la prime de chef d'équipe et de l'allocation de disponibilité;

1.31.8 Pour la **Régie de l'énergie** et pour la **Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)** : le traitement à l'intérieur des échelles, à l'exclusion de toute prime et rémunération additionnelle.

- 1.31.9 Pour l'**Institut national de santé publique du Québec** : Le salaire à l'échelle majoré, le cas échéant, des primes d'ancienneté et de responsabilité, incluant la rémunération additionnelle pour la formation postscolaire, mais excluant les paiements pour le temps supplémentaire et les autres gains non réguliers.
- 1.32 « **Salarié ou personne salariée** » : Un salarié ou une personne salariée tels que définis aux différentes conventions collectives et toute personne travaillant pour un employeur moyennant rémunération et accepté comme nouveau groupe par le Comité.
- 1.33 « **Secteur de la santé et des services sociaux** » : Le secteur de la santé et des services sociaux comprend tous les centres exploités par les établissements publics au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements privés conventionnés au sens de cette loi et tout organisme qui fournit des services à un centre ou à des personnes bénéficiaires conformément à cette loi et est déclaré par le gouvernement être assimilé à un établissement tel que l'entend la Loi sur les services de santé et des services sociaux regroupés dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ainsi que ceux représentés par l'Association des établissements privés conventionnés - santé et services sociaux, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes et l'Institut national de santé publique du Québec.
- 1.34 « **Voyage** » : Un voyage touristique, d'agrément ou commercial, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme de bienfaisance enregistré, une activité à caractère commercial. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur.

De plus, aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de la personne assurée doit comporter un séjour d'au moins une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

Pour les nouveaux groupes acceptés par le Comité après l'entrée en vigueur de ce contrat, les définitions sont celles apparaissant dans leurs conventions collectives respectives.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ ET DE PARTICIPATION

2.1 Admissibilité

2.1.1 Des personnes salariées assurées en vertu du contrat antérieur

- a) La personne salariée non invalide assurée en vertu du contrat antérieur est admissible à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.
- b) La personne salariée invalide à l'entrée en vigueur du présent contrat est admissible au régime optionnel d'assurance vie à la date de son retour au travail. Elle est admissible aux autres régimes qu'elle détenait à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat. Pour cette personne, les protections qui s'appliquent sont celles prévues au présent contrat et non celles prévues en vertu du contrat antérieur.

2.1.2 Des nouvelles personnes salariées

2.1.2.1 Secteur de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec

Toute personne salariée est admissible à participer aux régimes d'assurance selon les dispositions suivantes, qu'elle ait ou non terminé sa période de probation :

- a) Toute personne salariée engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un emploi permanent est admissible après 1 mois de service continu;
- b) Toute personne salariée engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un emploi temporaire est admissible après 3 mois de service continu;
- c) Toute personne salariée à temps partiel qui travaille moins de 70 % du temps complet est admissible après 3 mois de service continu.

2.1.2.2 Secteur des centres de services scolaires et des commissions scolaires

Membres du syndicat de professionnelles et professionnels Laval-Rive-Nord

Toute personne salariée est admissible à participer aux régimes d'assurance, selon les dispositions suivantes :

- a) Toute personne salariée régulière est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre;
- b) Toute personne salariée détenant le statut de remplaçante ou de surnuméraire, engagée pour une durée d'au moins 6 mois est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre.

Toutes les autres personnes salariées

Toute personne salariée est admissible à participer aux régimes d'assurance, selon les dispositions suivantes :

- a) Toute personne salariée qui occupe un poste à temps complet est admissible à compter de son entrée en service auprès de l'employeur.

Aux fins d'application des dispositions du paragraphe précédent et dans ce cas uniquement, on entend par personne salariée qui occupe un poste à temps complet, celle qui travaille à 70 % ou plus de la durée de la semaine régulière de travail.

- b) Toute personne salariée qui occupe un poste à temps partiel dont la semaine régulière de travail comporte plus de 15 heures est admissible à compter de son entrée en service chez l'employeur.

Aux fins d'application des dispositions du paragraphe précédent et dans ce cas uniquement, on entend par personne salariée qui occupe un poste à temps partiel, celle qui travaille à moins de 70 % de la durée de la semaine régulière de travail.

- c) Toute personne salariée temporaire dont la semaine régulière de travail comporte plus de 15 heures et qui a travaillé de façon continue au moins 6 mois depuis son embauchage ou dans le cadre de deux ou plusieurs embauchages immédiatement contigus est admissible à compter de la fin du délai de 6 mois précité.

- d) La personne salariée syndiquée avec le SEPB-Québec ou l'UES-800 affectée temporairement à un poste non couvert par la convention collective continue de bénéficiaire pendant cette affectation provisoire du présent régime d'assurance.
- e) Toute personne salariée travaillant exclusivement dans le cadre de sessions de cours d'éducation aux adultes ou de formation professionnelle est admise aux conditions prévues dans la convention collective.
- f) Toute personne salariée temporaire syndiquée avec le SEPB-Québec ou l'UES-800 (commissions scolaires anglophones), embauchée pour une période prédéterminée de plus de 6 mois consécutifs et dont la semaine de travail régulière comporte plus de 15 heures est admissible à compter de son entrée en service auprès de l'employeur.
- g) Toute personne salariée temporaire syndiquée avec le SEPB-Québec (centres de services scolaires francophones), embauchée pour une période prédéterminée de plus de 6 mois consécutifs et dont la semaine de travail régulière comporte plus de 15 heures est admissible à compter de son entrée en service auprès de l'employeur.

2.1.2.3 Secteur de l'enseignement collégial ainsi que Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)

- a) Toute personne salariée régulière est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre;
- b) Toute personne salariée remplaçante ou occasionnelle est admissible après 6 mois de service continu.

2.1.2.4 Société québécoise des infrastructures (SQI)

- a) Toute personne salariée à temps complet ou à 70 % et plus du temps complet est admissible après 1 mois de service continu;
- b) Toute personne salariée travaillant plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet est admissible après 3 mois de service continu;
- c) Toute personne salariée occasionnelle embauchée pour une période prédéterminée de plus de 6 mois est admissible :
 - après 1 mois de service continu si la semaine de travail est à temps complet ou à 70 % et plus du temps complet;
 - après 3 mois de service continu si la semaine de travail est à plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet.

2.1.2.5 Musée national des beaux-arts du Québec

- a) Toute personne salariée à temps complet ou à 70 % et plus du temps complet est admissible après 1 mois de service continu;
- b) Toute personne salariée travaillant plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet est admissible après 3 mois de service continu.

2.1.2.6 Régie de l'énergie

Toute personne salariée est admissible à compter de la date de son engagement.

2.1.2.7 Fédération des centres de services scolaires du Québec

- a) Toute personne salariée régulière est admissible à compter de la date de son engagement;
- b) Toute personne salariée temporaire embauchée pour une période de plus de 6 mois est admissible à compter de la date de son engagement.

2.1.2.8 Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ) :

Un salarié dont la semaine normale de travail est plus de 25 % du temps complet est admissible après un 1 mois d'ancienneté.

2.1.3 Des personnes à charge

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

2.1.4 Des personnes retraitées

Toute personne retraitée à la date d'entrée en vigueur du contrat est admissible au régime d'assurance vie de la personne retraitée à compter de cette date, si elle est alors assurée en vertu du contrat antérieur. Toute personne salariée qui prend sa retraite devient admissible à la garantie d'assurance vie de la personne retraitée à compter de la date de sa retraite, si elle était assurée en vertu du régime optionnel d'assurance vie de la personne salariée.

Pour le secteur de la santé et des services sociaux, une personne retraitée qui est réembauchée le ou après le 14 mai 2006 demeure assurée en vertu du régime d'assurance vie de la personne retraitée et de la police d'assurance maladie individuelle, si elle y avait adhéré avant son départ à la retraite. Une telle personne n'est pas admissible à l'ensemble des régimes d'assurance collective à l'intention des personnes salariées.

Pour les autres secteurs, une personne retraitée réembauchée est considérée comme une nouvelle personne salariée et redevient admissible à l'ensemble des régimes d'assurance collective à l'intention des personnes salariées après avoir complété les délais d'admissibilité indiqués précédemment.

2.1.5 Lors d'un changement d'employeur ou d'unité d'accréditation

Les délais d'admissibilité indiqués précédemment ne s'appliquent pas dans les cas suivants et aucune preuve d'assurabilité ne peut être exigée pour les régimes détenus avant le changement d'employeur ou d'unité d'accréditation :

- a) lorsque la personne salariée a quitté son employeur d'une façon définitive et qu'elle revient chez cet employeur dans les 30 jours de calendrier suivant son départ;
- b) lorsque la personne salariée occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public et parapublic et qu'il s'est écoulé moins de 30 jours entre la date de la fin de son emploi et la date de son entrée en fonction;
- c) lorsque la personne salariée est replacée chez un autre employeur en vertu des règles applicables au personnel ayant subi une mise à pied et qu'il s'est écoulé moins de 30 jours entre la date de la fin de son emploi et la date de son entrée en fonction;
- d) lorsqu'une personne salariée change d'unité d'accréditation chez le même employeur.

2.2 Participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base

2.2.1 Adhésion

La participation est obligatoire pour toute personne salariée admissible âgée de moins de 65 ans ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve du droit d'exemption. La personne salariée doit choisir un des volets suivants lors de son adhésion :

- Volet complet
- Volet réduit

Toute personne salariée doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande n'est pas remplie dans le délai requis, la personne salariée est automatiquement assurée en vertu du volet complet du régime obligatoire d'assurance maladie de base, avec un statut de protection individuel, à compter de sa date d'admissibilité. Si la demande d'adhésion pour les personnes à charge parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, l'assurance des personnes à charge entre en vigueur à la date de réception de la demande.

L'assurance de la personne salariée entraîne celle de ses personnes à charge, si elle a choisi de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (statut de protection familial) ou avec enfant(s) à charge seulement (statut de protection monoparental).

La participation est facultative pour toute personne salariée âgée de 65 ans ou plus. Une personne salariée de 65 ans ou plus qui a choisi de ne pas adhérer ne pourra adhérer par la suite.

Toutefois, il est possible pour une personne salariée assurée sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de modifier son statut de protection familial en un statut de protection individuel. Une personne salariée qui effectue un tel choix ne pourra modifier son statut de protection individuel par la suite.

2.2.2 Changement de volet et durée minimale de participation

La personne salariée qui a choisi le volet complet doit maintenir sa participation à ce volet pour une durée minimale de 36 mois avant de pouvoir passer au volet réduit. Cette période inclut toute période d'exemption dont la personne salariée se sera prévalué ou toute période d'invalidité.

Le volet réduit ne comporte aucune durée minimale de participation et la personne salariée qui a choisi ce volet peut passer au volet complet en tout temps.

La personne salariée qui a été inscrite au volet complet parce qu'elle n'a pas transmis sa demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle est devenue admissible ou suivant la fin de l'exemption doit maintenir sa participation à ce volet pour une durée minimale de 36 mois avant de pouvoir passer au volet réduit.

2.2.3 Dispositions applicables pour la personne salariée qui atteint l'âge de 65 ans

Aucune modification n'est apportée à la couverture de la personne salariée qui atteint l'âge de 65 ans. Cette dernière conserve l'ensemble des protections offertes par son régime d'assurance maladie, y compris les frais de médicaments, et ce, sans que la prime ne soit modifiée.

Toutefois, selon les règles de la RAMQ, la personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments. Toute personne assurée qui atteint l'âge de 65 ans doit donc se désengager de la RAMQ afin d'éviter de payer la prime relative au Régime général d'assurance médicaments.

Une personne salariée âgée de 65 ans ou plus peut tout de même choisir de maintenir son inscription au Régime général d'assurance médicaments. Ce dernier choix est irréversible. Une telle personne peut alors adhérer à un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur si elle désire conserver une couverture pour les frais autres que les frais de médicaments.

2.2.4 Situations particulières

- a) Personne salariée admissible refusant ou négligeant de remplir le formulaire d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible

La personne salariée est automatiquement et uniquement assurée en vertu du volet complet du régime obligatoire d'assurance maladie de base, avec un statut de protection individuel, à compter de sa date d'admissibilité. La personne salariée doit compléter la durée minimale de participation avant de pouvoir demander le volet réduit.

- b) Personne salariée admissible ne pouvant remplir le formulaire d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible

La personne salariée est automatiquement et uniquement assurée en vertu du volet complet du régime obligatoire d'assurance maladie de base à compter de sa date d'admissibilité. Le statut de protection individuel, monoparental ou familial est alors déterminé en fonction de l'état civil connu.

La personne salariée peut ultérieurement, sans effet rétroactif, changer de volet, modifier son statut de protection et adhérer aux régimes optionnels, sans preuves d'assurabilité, à la condition que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 30 jours suivant la date où elle est en mesure de le faire.

2.3 Participation aux régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires

2.3.1 Adhésion

- a) La participation à chacun de ces régimes est facultative pour toute personne salariée admissible ainsi que pour ses personnes à charge.
- b) Une personne salariée qui s'est prévalu du droit d'exemption au régime obligatoire d'assurance maladie de base peut choisir de s'assurer et d'assurer ses personnes à charge en vertu des régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires.
- c) Une personne salariée désirant participer au régime optionnel d'assurance maladie complémentaire doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible, auquel cas l'assurance prend effet à la date d'admissibilité de la personne salariée. Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, l'assurance en vertu du régime optionnel d'assurance maladie complémentaire prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise, et ce, peu importe dans quelles circonstances la demande est effectuée.
- d) Une personne salariée désirant participer au régime optionnel d'assurance soins dentaires doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible, auquel cas l'assurance prend effet à la date d'admissibilité de la personne salariée. Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, la personne salariée doit fournir des preuves d'assurabilité pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à la satisfaction de l'Assureur et l'assurance prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.
- e) Pour le secteur de la santé et des services sociaux, toute personne salariée admissible, non détentrice de poste, n'ayant pas adhéré au régime optionnel d'assurance soins dentaires peut le faire sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle obtient un poste à temps partiel ou à temps complet.

- f) L'assurance de la personne salariée entraîne celle de ses personnes à charge, si elle a choisi de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (statut de protection familial) ou avec enfant(s) à charge (statut de protection monoparental). L'Assureur peut accorder un statut de protection familial ou monoparental tout en excluant une personne de la famille suite à l'examen des preuves d'assurabilité.
- g) Une personne salariée ne peut être assurée pour un statut de protection monoparental ou familial en vertu des présents régimes, si elle est assurée pour un statut de protection individuel en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie de base. Une personne salariée assurée pour un statut de protection monoparental ou familial en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie de base, peut s'assurer pour un statut de protection individuel en vertu des régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires.
- h) De plus, le statut de protection (individuel, monoparental, familial) pour les régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires doit être le même.

2.3.2 Durée minimale de participation

La durée minimale de participation à chacun des deux régimes est de 36 mois pour toute personne salariée et pour ses personnes à charge, à compter de la date de prise d'effet de son assurance. Après cette période, la personne salariée peut, en tout temps, cesser de participer à l'un ou l'autre de ces régimes, en avisant son employeur.

2.4 Participation au régime optionnel d'assurance vie

2.4.1 Personne salariée

2.4.1.1 Assurance vie de base de la personne salariée

La participation à l'assurance vie de base de la personne salariée est facultative pour toute personne salariée admissible.

Toute personne salariée désirant adhérer à cette garantie doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande n'est pas remplie dans le délai requis, la personne salariée doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Pour le secteur de la santé et des services sociaux, toute personne salariée admissible, non détentrice de poste, n'ayant pas adhéré à la présente garantie, peut le faire sans preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle obtient un poste à temps partiel ou à temps complet.

Il est également possible à la personne salariée d'adhérer à cette garantie sans preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant l'adoption ou la naissance d'un premier enfant ou suivant la date à laquelle elle prend conjoint tel que défini au présent contrat.

2.4.1.2 Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle de la personne salariée

La participation à l'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle de la personne salariée est facultative pour toute personne salariée admissible.

De plus, la participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base de la personne salariée.

Toute personne salariée désirant adhérer à cette garantie doit le faire selon les mêmes conditions et délais que ceux prévus pour l'assurance vie de base de la personne salariée.

2.4.1.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée

La participation à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée est facultative pour toute personne salariée admissible.

De plus, la participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base de la personne salariée.

Toute personne salariée désirant adhérer à cette garantie doit le faire selon les mêmes conditions et délais que ceux prévus pour l'assurance vie de base de la personne salariée.

Toute personne salariée désirant assurer une nouvelle personne à charge en vertu de cette garantie peut le faire en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle cette personne à charge devient admissible, auquel cas l'assurance prend effet à cette date. La demande doit être faite à l'Assureur seulement lorsque l'ajout de cette nouvelle personne à charge implique un changement de statut de protection. Si la demande n'est pas remplie dans le délai requis, la personne salariée doit fournir des preuves d'assurabilité pour la nouvelle personne à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance de cette nouvelle personne à charge prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

2.4.1.4 Assurance vie additionnelle de la personne salariée et assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée

La participation à l'assurance vie additionnelle de la personne salariée et à l'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée est facultative pour toute personne salariée admissible.

De plus, la participation à l'assurance vie additionnelle de la personne salariée est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base de la personne salariée. De même, la participation à l'assurance vie additionnelle du conjoint est conditionnelle à la participation à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée.

Toute personne salariée désirant adhérer à ces garanties ou ajouter des montants d'assurance vie additionnelle doit fournir des preuves d'assurabilité pour elle-même ou son conjoint, le cas échéant, à la satisfaction de l'Assureur.

La personne salariée peut en tout temps cesser de participer à une ou plusieurs garanties du régime optionnel d'assurance vie, sous réserve des règles de participation énoncées précédemment et en avisant son employeur.

Cependant, si la personne salariée met fin à sa participation à l'une des garanties du régime optionnel d'assurance vie, des preuves d'assurabilité devront être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion à cette garantie.

2.4.2 Personne retraitée

2.4.2.1 Assurance vie de la personne retraitée

La participation à l'assurance vie de la personne retraitée est facultative pour toute personne retraitée admissible.

De plus, la participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base de la personne salariée immédiatement avant la date de la retraite.

Toute personne retraitée désirant adhérer à cette garantie doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date de sa retraite. Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai.

Toutefois, advenant le décès de la personne retraitée avant l'expiration de ce délai de 30 jours, celle-ci est présumée avoir adhéré à l'assurance vie de la personne retraitée en conservant le montant d'assurance vie qu'elle détenait immédiatement avant sa retraite (maximum 50 000 \$).

2.4.2.2 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée

La participation à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée est facultative pour toute personne retraitée admissible.

De plus, la participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de la personne retraitée ainsi qu'à celle de l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée immédiatement avant la date de la retraite.

Toute personne retraitée désirant adhérer à cette garantie au moment de sa retraite doit le faire selon les mêmes conditions et délais que ceux prévus pour l'assurance vie de la personne retraitée.

Toute personne retraitée désirant assurer une nouvelle personne à charge en vertu de cette garantie peut le faire en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle cette personne à charge devient admissible, auquel cas l'assurance prend effet à cette date. Si la demande n'est pas remplie dans le délai requis, la personne retraitée doit fournir des preuves d'assurabilité pour la nouvelle personne à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

2.4.2.3 Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée

La participation à l'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée est facultative pour toute personne retraitée admissible.

De plus, la participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée ainsi qu'à celle de l'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée immédiatement avant la date de la retraite.

Toute personne retraitée désirant adhérer à cette garantie au moment de sa retraite doit le faire selon les mêmes conditions et délais que ceux prévus pour l'assurance vie de la personne retraitée.

Cette garantie n'est pas offerte à un nouveau conjoint de la personne retraitée.

La personne retraitée peut en tout temps cesser de participer à une ou plusieurs garanties du régime optionnel d'assurance vie, sous réserve des règles de participation énoncées précédemment.

Cependant, si la personne retraitée met fin à sa participation à l'une des garanties du régime optionnel d'assurance vie, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par la suite pour cette garantie.

2.5 Droit d'exemption

Une personne salariée peut refuser ou cesser de participer pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, au régime obligatoire d'assurance maladie de base à la condition qu'elles soient assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires. Le choix de la personne salariée peut aussi s'appliquer seulement aux personnes à charge et, dans un tel cas, les mêmes dispositions s'appliquent. Un tel choix demeure irréversible tant que la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, demeurent admissibles à cet autre régime. Toutefois, elles doivent participer au régime obligatoire d'assurance maladie de base aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime d'assurance collective se termine.

Une personne salariée qui s'est prévalu du droit d'exemption au régime obligatoire d'assurance maladie de base peut choisir de s'assurer et d'assurer ses personnes à charge en vertu des régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle celles-ci deviennent admissibles. Si ce délai n'est pas respecté, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur seront exigées uniquement pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires.

Une personne salariée qui participe au régime optionnel d'assurance maladie complémentaire ou au régime optionnel d'assurance soins dentaires lorsqu'elle demande de s'exempter de participer au régime obligatoire d'assurance maladie de base pourra mettre fin à sa participation à ces régimes optionnels seulement si la période minimale de participation de 36 mois est complétée.

2.5.1 Prise d'effet de l'exemption :

- a) À l'adhésion, l'exemption prend effet à la date d'admissibilité.
- b) En cours d'assurance, l'exemption prend effet à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle assurance si la demande est effectuée dans les 30 jours. Après ce délai, l'exemption prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur.

2.5.2 Fin du droit d'exemption

- a) Régime obligatoire d'assurance maladie de base

Une personne salariée exemptée du régime obligatoire d'assurance maladie de base peut mettre fin à son exemption, ou à celle de ses personnes à charge, le cas échéant. Cette disposition s'applique également à la personne salariée invalide. Les conditions suivantes doivent être remplies à la satisfaction de l'Assureur :

- antérieurement à sa demande, la personne salariée ou la personne à charge doit établir qu'elle était assurée en vertu d'un régime d'assurance collective accordant une protection similaire;
- la personne salariée ou la personne à charge doit établir qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assurée par le ou les régimes lui ayant permis d'obtenir son droit d'exemption.

La personne salariée doit alors transmettre à l'Assureur une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date de fin de son exemption en indiquant le volet et le statut de protection désirés, auquel cas le régime obligatoire d'assurance maladie de base prend effet à la date de cessation de l'assurance en vertu de l'autre régime, le tout selon le volet et le statut de protection désirés. Toutefois, si la personne salariée participait au volet complet au moment de sa demande d'exemption, la période minimale de participation de 36 mois devra être complétée pour pouvoir adhérer au volet réduit. Si la demande est transmise après le délai de 30 jours, le régime obligatoire d'assurance maladie de base prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur selon le volet complet et le statut de protection désiré.

Il est permis à une personne salariée exemptée de bénéficier d'une fin d'exemption lorsque le conjoint prend sa retraite même si ce dernier continue d'être admissible à un régime d'assurance collective.

b) Régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires

Le participant qui met fin à son exemption au régime obligatoire d'assurance maladie de base peut adhérer à ces régimes optionnels :

- Si le participant détenait une couverture similaire dans le régime ayant permis son exemption et que la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la cessation de celle-ci, le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire prend effet à la date de terminaison de l'autre régime. Le régime optionnel d'assurance soins dentaires prend également effet à cette même date si le participant démontre qu'il était couvert pour les soins dentaires à la date de la cessation de l'autre régime collectif.
- Si la demande parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, l'assurance en vertu du régime optionnel d'assurance maladie complémentaire prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur. De plus, la personne salariée doit fournir des preuves d'assurabilité pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à la satisfaction de l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires. L'assurance en vertu du régime optionnel d'assurance soins dentaires prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.
- Si la personne salariée ne détenait pas de couverture similaire dans le régime ayant permis son exemption, l'assurance en vertu du régime optionnel d'assurance maladie complémentaire prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur. De plus, des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires. L'assurance en vertu de ce régime entre en vigueur à compter de la date d'acceptation de celles-ci par l'Assureur.

Dans le cas d'une personne qui n'était pas assurée en vertu du présent régime, l'Assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'Assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation ou de conversion ou autrement.

2.6 Choix initial et demande de changement de statut de protection

Les statuts de protection disponibles sont les suivants :

- individuel : personne salariée sans personnes à charge
- monoparental : personne salariée avec enfants à charge seulement (seule la personne salariée sans conjoint admissible et avec enfants à charge peut choisir ce statut de protection)
- familial : personne salariée avec personnes à charge (conjoint seulement ou conjoint et enfants)

Le statut de protection accordé pour chacun des trois régimes doit respecter les combinaisons suivantes :

Régime	Combinaison de statut de protection			
Régime obligatoire d'assurance maladie	Individuel	Monoparental	Familial	Exempté
Régime optionnel d'assurance maladie complémentaire ⁽¹⁾	Individuel	Individuel ou monoparental	Individuel ou familial	Individuel, monoparental ou familial
Régime optionnel d'assurance soins dentaires ⁽¹⁾	Individuel	Individuel ou monoparental	Individuel ou familial	Individuel, monoparental ou familial

⁽¹⁾ Le statut de protection pour ces deux régimes doit être identique.

Une personne salariée assurée seule peut choisir de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (statut de protection familial) ou avec enfant(s) à charge (statut de protection monoparental) dès l'ajout de personnes à charge ou dès que ses personnes à charge cessent d'être admissibles à un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires.

Toute personne salariée peut faire une demande de changement de statut de protection à la suite de l'un des événements suivants :

- le mariage ou l'union civile;
- le divorce, la séparation ou la dissolution de l'union civile;
- la cohabitation depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de leur union ou si des procédures d'adoption sont entreprises;
- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- le décès du conjoint;
- la terminaison de l'assurance du conjoint ou d'un enfant à charge qui entraîne une modification de statut de protection.

Toute demande de changement de statut de protection impliquant l'ajout d'une personne à charge doit être présentée à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date de l'événement justifiant la demande et l'assurance entre alors en vigueur à la date de l'événement.

Si la demande est présentée plus de 30 jours après la date de l'événement, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande pour le régime obligatoire d'assurance maladie de base, ainsi que pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire et à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires et l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée du régime optionnel d'assurance vie.

Pour les régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires, la durée minimale de participation de 36 mois s'applique au nouveau statut de protection impliquant l'ajout d'une personne à charge, sauf si un nouvel événement survient.

2.7 **Prise d'effet de l'assurance**

2.7.1 Personne salariée

a) Régime obligatoire d'assurance maladie de base

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

- La date d'entrée en vigueur du contrat si elle était assurée par le contrat antérieur;
- La date à laquelle elle devient admissible;
- La date de cessation de l'assurance du régime ayant permis l'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours de la cessation sinon, à la date de réception de la demande par l'Assureur.

b) Régimes optionnels

L'assurance de toute personne salariée en vertu du ou des régimes optionnels choisis entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- La date d'entrée en vigueur du contrat pour les régimes optionnels pour lesquels elle était assurée en vertu du contrat antérieur. Toutefois, pour les garanties d'assurance vie de la personne salariée, la personne salariée invalide exonérée du paiement des primes demeure sous la responsabilité du contrat antérieur;
- La date à laquelle elle devient admissible, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement l'être, sinon le jour du retour au travail, à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours de sa date de retour au travail;
- La date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire et la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour les autres régimes optionnels, si la demande d'adhésion est remplie plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, et pourvu que la personne salariée soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement l'être, sinon le jour du retour au travail;
- La date de cessation de l'assurance du régime ayant permis l'exemption du régime obligatoire d'assurance maladie de base si la personne salariée participait à des garanties similaires dans l'autre régime et si la demande est effectuée dans les 30 jours de la cessation;
- La date de réception de la demande par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire et la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires si la demande d'adhésion est remplie plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité;
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne salariée ou pour l'ajout de montants en vertu de cette garantie.

2.7.2 Personnes à charge de la personne salariée

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- La date d'entrée en vigueur du contrat si elles étaient assurées par le contrat antérieur;
- La date à laquelle la personne salariée devient assurée;

- Pour le régime obligatoire d'assurance maladie de base, la date à laquelle elles deviennent admissibles si la demande est remplie dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité sinon, à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur;
- Pour les régimes optionnels, la date à laquelle elles deviennent admissibles si la demande est remplie dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité sinon, à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire et à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour les autres régimes optionnels;
- Pour le régime obligatoire d'assurance maladie de base, la date de cessation de l'assurance du régime ayant permis l'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours de la cessation sinon, à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur;
- Pour les régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaire, la date de cessation de l'assurance du régime ayant permis l'exemption du régime obligatoire d'assurance maladie de base si les personnes à charge participaient à des garanties similaires dans l'autre régime et si la demande est effectuée dans les 30 jours de la cessation sinon, à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire et à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires.
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée ou pour l'ajout de montants en vertu de cette garantie.

2.7.3 Personne retraitée

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

- La date d'entrée en vigueur du contrat pour les garanties que la personne retraitée détenait en vertu du contrat antérieur;
- La date à laquelle elle prend sa retraite si la demande est remplie dans les 30 jours suivant cette date.

2.7.4 Personnes à charge de la personne retraitée

L'assurance des personnes à charge de la personne retraitée débute à la dernière des dates suivantes :

- La date d'entrée en vigueur du contrat si elles étaient assurées par le contrat antérieur;
- La date à laquelle la personne retraitée devient assurée;
- La date à laquelle elles deviennent admissibles si la demande est remplie dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité;
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, le cas échéant.

2.8 Dispositions de transition

2.8.1 Pour toute personne assurée en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à la Loi sur les assurances et le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, la personne assurée ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, qu'elle soit au travail ou non.

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

Également, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie de personnes couvertes par le nouveau contrat.

2.8.2 Dans le cas d'un participant qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assuré en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'Assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, d'exonération ou de transformation ou autrement.

2.9 **Changement de salaire**

À moins d'indication contraire de la part du Comité, toute augmentation ou diminution des prestations et des primes, par suite d'un changement de salaire du participant s'applique, et ce, rétroactivement s'il y a lieu, à la date effective dudit changement, pourvu qu'à cette date le participant ne soit pas invalide depuis plus de 104 semaines, sinon, à la date de la fin de sa période d'invalidité. L'Assureur devra, le cas échéant, ajuster rétroactivement les prestations d'assurance vie qu'il a versées. En contrepartie, les primes doivent être perçues sur les ajustements de salaire rétroactifs.

2.10 **Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail**

2.10.1 Absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 30 jours

Dans le cas d'une absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 30 jours, la participation aux régimes est suspendue à compter du début de l'absence temporaire, à l'exception de celle au régime obligatoire d'assurance maladie de base, et reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité dès le retour au travail actif avec rémunération.

Le participant doit alors payer lui-même la prime totale prévue pour le régime obligatoire d'assurance maladie de base, sauf dans les cas où la Loi sur les normes du travail oblige l'employeur à verser sa part de la prime. Toutefois, le participant peut se prévaloir de la possibilité de maintenir en vigueur sa participation aux autres régimes auxquels il participe en payant lui-même la prime totale prévue.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, pour la personne salariée radiée temporairement pour plus de 30 jours de la liste de rappel, les dispositions prévues au paragraphe précédent s'appliquent.

Au cours d'un congé autorisé, si le participant maintient sa participation à l'un ou l'autre des régimes optionnels et qu'il ne paie pas ses primes, les régimes optionnels seront annulés. Au moment du retour au travail, s'il désire se prévaloir à nouveau des régimes optionnels, il devra présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

2.10.2 Congé partiel sans rémunération

Un participant qui bénéficie d'un congé partiel sans rémunération en prolongation d'un congé de maternité, de paternité ou pour adoption maintient sa participation aux régimes comme s'il ne bénéficiait pas d'un tel congé.

2.10.3 Retraite progressive

Un participant qui bénéficie d'une retraite progressive telle que prévue à sa convention collective doit maintenir sa participation aux différents régimes. La prime ainsi que le montant de protection sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

2.10.4 Absence temporaire avec rémunération et absence temporaire sans rémunération dont la durée est de 30 jours ou moins

La participation est maintenue dans les cas d'absence temporaire avec rémunération ainsi que pour une absence temporaire sans rémunération dont la durée est de 30 jours ou moins. Les montants de protection sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

2.10.5 Congédiement contesté ou suspension

Lorsqu'un participant est congédié ou suspendu et conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage en vertu de la convention collective qui le régit, il doit maintenir, avec paiement de primes, sa participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base. Il peut également maintenir sa participation aux autres régimes auxquels il participe, en versant, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où le participant congédié ou suspendu a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation aux autres régimes, sa participation à ces régimes est remise en vigueur à la date où la décision est rendue et l'application des dispositions relatives aux durées minimales de participation se poursuit.

2.10.6 Lors d'un congé sans rémunération, les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, pour le participant à temps partiel qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime et la prestation payable en cas de décès, s'il y a lieu, sont basées sur une proportion de son salaire établie au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps plein au cours des 12 mois précédant le début de l'absence temporaire pour lesquels aucune période d'invalidité, de congé de maternité, de paternité ou pour adoption ou de congé sans solde n'a été autorisée. La période sur laquelle la moyenne de temps est calculée ne peut cependant précéder l'entrée en service de la personne salariée. Dans ce cas, les calculs sont effectués sur la période ainsi réduite. Si une invalidité survient durant cette période, la personne salariée bénéficie du droit à l'exonération de la prime et si un décès survient subséquemment, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

Dans les secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux, pour le participant ne travaillant pas à temps complet qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime et la prestation payable en cas de décès, s'il y a lieu, sont basées sur la proportion du salaire gagné la veille de son départ. Si une invalidité survient durant cette période, la personne salariée bénéficie du droit à l'exonération de la prime et si un décès survient subséquemment, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

2.10.7 Grève ou lock-out

Dans le cas où un participant cesse temporairement d'être au travail par suite de grève ou lock-out, la participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base est maintenue, avec paiement de prime, pour une période de 30 jours. Par la suite, la participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base demeure en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité. De plus, la participation aux autres régimes demeure également en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité, en autant que la participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base soit maintenue.

2.10.8 Si la personne salariée devient invalide durant une absence temporaire, tel que prévu aux articles 2.10.1, 2.10.4, 2.10.5 et 2.10.7, la période d'invalidité débute à la date prévue de retour au travail.

2.11 Congé à traitement différé

2.11.1 Période de contribution

Un participant qui bénéficie d'un programme de congé à traitement différé tel que prévu à sa convention collective maintient sa participation aux régimes auxquels il participait immédiatement avant le début du programme. La prime ainsi que le montant de protection sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme relativement au régime optionnel d'assurance vie.

2.11.2 Période de congé

Un participant qui bénéficie d'un programme de congé à traitement différé tel que prévu à sa convention collective doit maintenir sa participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base. De plus, un tel participant peut également maintenir sa participation aux autres régimes. La prime ainsi que le montant de protection sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

2.12 Preuves d'assurabilité pour les régimes optionnels

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai requis, le participant doit fournir à ses frais des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant, à la satisfaction de l'Assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour le régime optionnel d'assurance maladie complémentaire.

De plus, l'Assureur peut accorder un statut de protection familial ou monoparental tout en excluant une personne de la famille suite à l'examen des preuves d'assurabilité.

Lorsque la demande d'adhésion du conjoint au régime optionnel d'assurance soins dentaires est refusée suite à l'examen des preuves d'assurabilité, l'Assureur offrira de couvrir les autres membres de la famille admissibles, le cas échéant, si le participant accepte la prime facturée correspondant au statut de protection choisi, c'est-à-dire, individuel ou monoparental. Le participant pourra toutefois choisir de maintenir le statut de protection qu'il détenait avant la demande.

Un participant ayant un conjoint et qui a choisi de s'assurer seul peut choisir de s'assurer avec personne(s) à charge en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la naissance d'un premier enfant sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité pour cet enfant. Le conjoint doit fournir des preuves d'assurabilité pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires, sauf s'il est assuré en vertu d'un contrat collectif comportant une protection similaire.

2.13 Terminaison de l'assurance

2.13.1 Participant

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité, l'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

2.13.1.1 La date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective;

2.13.1.2 La date à laquelle le participant cesse de remplir les conditions d'admissibilité;

2.13.1.3 La date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve des dispositions relatives à l'admissibilité des personnes retraitées et à la prolongation en cas de transformation;

2.13.1.4 La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour un participant qui met fin à son assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie de base en se prévalant du droit d'exemption si la demande d'adhésion est remplie dans les 30 jours de la cessation, sinon à la date de réception de la demande par l'Assureur;

- 2.13.1.5 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime optionnel, ou d'une garantie du régime optionnel d'assurance vie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve des dispositions relatives aux durées minimales de participation;
- 2.13.1.6 La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de personnes salariées dont faisait partie le participant;
- 2.13.1.7 Pour un participant invalide, la date de rupture du lien d'emploi;
- 2.13.1.8 Pour un participant qui répond aux critères énumérés au paragraphe Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation de l'article 7.2.3, la date correspondant à la fin d'une période de 48 mois suivant la date de début d'invalidité sauf s'il travaille pour son employeur d'origine.

2.13.2 Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :

- 2.13.2.1 La date de terminaison de l'assurance du participant sous réserve des dispositions relatives à la prolongation;
- 2.13.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 2.13.2.3 La date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire s'assurer seul, sous réserve des dispositions relatives à la participation au régime obligatoire d'assurance maladie de base et aux durées minimales de participation des régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires;
- 2.13.2.4 La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie de base en se prévalant du droit d'exemption si la demande d'adhésion est remplie dans les 30 jours de la cessation, sinon à la date de réception de la demande par l'Assureur.

ARTICLE 3 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse, d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, de don d'organe ou de moelle osseuse.

3.1 Volet complet

Les frais décrits aux articles 3.1.1 à 3.1.19 sont remboursés à 80 %. Toutefois, si le total des frais admissibles excède 3 250 \$ par année civile pour la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, le pourcentage applicable sur cet excédent devient égal à 100 %.

3.1.1 Frais de médicaments

3.1.1.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de la personne assurée.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

3.1.1.2 **Clause régulière**

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé.

Les frais engagés pour les fournitures suivantes rendues sous surveillance ou sur ordonnance médicale et non autrement remboursables sont également couverts :

- **bâtonnets, seringues et aiguilles** dans le cas de diabète;
- **médicaments injectables**, à l'exception des honoraires professionnels.

3.1.1.3 **Substitution**

Seuls les frais pour l'achat du médicament générique le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet et le transmettre à l'Assureur pour analyse.

3.1.1.4 **Exclusions et réductions - Frais de médicaments**

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- b) les substances ou aliments diététiques;
- c) les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- d) les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- e) les préparations pour nourrissons;
- f) les hormones de croissance; toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat;
- g) les produits naturels et produits homéopathiques;
- h) les écrans solaires;
- i) les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif;
- j) les produits antitabac;
- k) les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle;
- l) les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée;
- m) les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives;
- n) les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que la personne assurée soit hospitalisée ou non;
- o) les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les coûts des services pharmaceutiques sont soumis aux maximums prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière. Une entente devra être conclue avec le Preneur avant l'application de ces mesures.

Les frais suivants précédés d'un astérisque (*) doivent être prescrits par un médecin :

- 3.1.2 Les frais de transport par **ambulance**, y compris le transport aérien ou ferroviaire lorsque le transport ne peut être effectué autrement, au centre hospitalier le plus proche où la personne assurée peut recevoir les soins requis pour sa condition médicale.
- * 3.1.3 Les frais d'**analyses de laboratoire** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de prévention ou de diagnostic.
- * 3.1.4 Les frais d'achat, de réparation ou de location d'un **appareil d'assistance respiratoire** et d'**oxygène**.

Les appareils d'assistance respiratoire comprennent, notamment, mais sans s'y limiter, les appareils de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), les moniteurs d'apnée, les cylindres et les concentrateurs d'oxygène.

- * 3.1.5 Les frais d'achat, de réparation ou de location d'un **appareil thérapeutique** ou d'un accessoire visant à favoriser la guérison d'une maladie ou d'une blessure ou à améliorer l'autonomie et l'état de santé de la personne assurée.

Ces appareils thérapeutiques et accessoires comprennent, notamment, mais sans s'y limiter, les bandages spéciaux pour brûlures graves, les vêtements de compression pour personne brûlée, les orthèses autres que plantaires, les genouillères, les appareils pour personne asthmatique.

- * 3.1.6 Les frais d'honoraires professionnels d'un **audiologiste**, d'un **ergothérapeute** et d'un **orthophoniste**.
- * 3.1.7 Les frais d'achat de **bas de compression** de 13 mm de Hg ou plus (maximum de 4 paires par année civile).

- * 3.1.8 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée, à partir d'un moulage, dans le but de corriger un défaut du pied, de chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires par année civile, par personne assurée. Le coût des **additions ou modifications faites à des chaussures** est également admissible. Ces équipements doivent être fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de la personne assurée.
- 3.1.9 Les services professionnels d'un **dentiste** pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, subis après le début de l'assurance à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- * 3.1.10 Les frais d'achat ou de location d'**équipement orthopédique**. Ces équipements comprennent, notamment, mais sans s'y limiter, les attelles, les corsets, les bandes herniaires, les plâtres, les béquilles et les marchettes.
- 3.1.11 Les honoraires pour un **examen de la vue** effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.
- * 3.1.12 Les frais de location, de réparation ou d'achat si ce dernier mode est jugé plus économique, d'un **fauteuil roulant** et d'un **lit d'hôpital** (excluant le matelas).
- * 3.1.13 Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes, à l'exception des honoraires professionnels**, sujet à un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile, par personne assurée.
- * 3.1.14 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 525 \$, par année civile, par personne assurée, pour un adulte ou un enfant. Ces orthèses doivent être fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de la personne assurée.
- * 3.1.15 Les frais d'achat ou de réparation d'une **pompe à insuline** et les frais d'achat d'**accessoires** requis exclusivement pour l'utilisation de celle-ci. Aux fins des présentes, les frais pour le lecteur de glucose en continu et ses accessoires sont également admissibles à un remboursement.
- * 3.1.16 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** requise à la suite de traitements de chimiothérapie ou par radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 700 \$ par année civile, par personne assurée.
- * 3.1.17 Les frais d'achat d'un **membre** ou d'un **œil artificiel** rendu nécessaire à la suite de la perte d'un membre du corps ou d'un œil.

- * 3.1.18 Les frais en excédent des frais payables par la RAMQ pour l'achat de **prothèses mammaires** à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par 24 mois consécutifs, par personne assurée.

- * 3.1.19 **Transport et hébergement en régions éloignées**

Lorsque, sur ordonnance médicale, une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponibles dans sa région, les frais suivants sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.

- Les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile si la situation nécessite un déplacement aller-retour d'au moins 400 kilomètres entre le lieu de résidence de la personne assurée et le lieu de consultation ou de réception des traitements du médecin spécialiste. Toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.
- Les frais de logement engagés dans un établissement public jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Les frais admissibles doivent être engagés pour une consultation ou un traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport s'il est fait en automobile.

Dans le cas où la personne salariée détient un statut de protection individuel, les frais admissibles doivent être engagés pour la personne salariée et s'appliquer explicitement à cette dernière.

Dans le cas où la personne salariée détient un statut de protection familial ou monoparental, les frais admissibles doivent être engagés pour la personne salariée ou ses personnes à charge et s'appliquer explicitement à cette dernière ou ces dernières.

Cette protection permet la présence d'un accompagnateur, si la situation le justifie.

Les frais remboursés sont les frais en excédent de ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les frais décrits aux articles 3.1.20 à 3.1.28 sont remboursés à 100 %.

- * 3.1.20 Les frais engagés pour l'achat ou la réparation d'un **appareil auditif** ou d'une **prothèse auditive**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.
- * 3.1.21 Les frais d'achat ou de réparation d'un **appareil servant au contrôle de la coagulation** (de type Coaguchek) si un tel appareil est requis par la condition médicale de la personne assurée. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 500 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée.
- 3.1.22 Les frais couverts par la garantie d'**assurance voyage**. La description complète de cette garantie se trouve à l'article 3.3.
- 3.1.23 Les frais couverts par la garantie d'**assurance annulation de voyage**. La description complète de cette garantie se trouve à l'article 3.4.
- * 3.1.24 Les frais d'occupation d'une chambre semi-privée dans un **centre de réadaptation** lors d'une période nécessaire de convalescence suivant une hospitalisation.

Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :
 - L'occupation doit débuter moins de 14 jours suivant la date de fin de l'hospitalisation de la personne assurée;
 - L'occupation doit être d'une durée minimale de 12 heures.
- * 3.1.25 Les frais pour un séjour dans une **clinique de traitement de la dépendance** spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif, excluant tout traitement relié au tabagisme, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par jour et de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée. Aux fins des présentes, seuls les frais pour un traitement en cure fermée sont admissibles à un remboursement.
- * 3.1.26 Les **frais hospitaliers** engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime public d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits pour chaque jour d'hospitalisation, selon les tarifs en vigueur dans la province où ils sont engagés et sans limite quant au nombre de jours.
- 3.1.27 Les frais engagés pour l'achat ou la réparation d'un **glucomètre** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée, lorsque sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- 3.1.28 Les frais d'achat d'un **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.

3.2 Volet réduit

Les frais décrits aux articles 3.2.1 et 3.2.2 sont remboursés à 71 %. Toutefois, si le total des frais admissibles excède 3 103 \$ par année civile pour la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, le pourcentage applicable sur cet excédent devient égal à 100 %.

3.2.1 Frais de médicaments

3.2.1.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de la personne assurée.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

3.2.1.2 Clause régulière

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé.

Les frais engagés pour les fournitures suivantes rendues sous surveillance ou sur ordonnance médicale et non autrement remboursables sont également couverts :

- **bâtonnets, seringues et aiguilles** dans le cas de diabète;
- **médicaments injectables**, à l'exception des honoraires professionnels.

3.2.1.3 Substitution

Seuls les frais pour l'achat du médicament générique le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet et le transmettre à l'Assureur pour analyse.

3.2.1.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- b) les substances ou aliments diététiques;
- c) les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;

- d) les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- e) les préparations pour nourrissons;
- f) les hormones de croissance; toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat;
- g) les produits naturels et produits homéopathiques;
- h) les écrans solaires;
- i) les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif;
- j) les produits antitabac;
- k) les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle;
- l) les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée;
- m) les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives;
- n) les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que la personne assurée soit hospitalisée ou non;
- o) les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les coûts des services pharmaceutiques sont soumis aux maximums prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière. Une entente devra être conclue avec le Preneur avant l'application de ces mesures.

- 3.2.2 Les services professionnels d'un **dentiste** pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, subis après le début de l'assurance à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

Les frais décrits aux articles suivants sont remboursés à 100 %.

- 3.2.3 Les frais couverts par la garantie d'**assurance voyage**. La description complète de cette garantie se trouve à l'article 3.3.
- 3.2.4 Les frais couverts par la garantie d'**assurance annulation de voyage**. La description complète de cette garantie se trouve à l'article 3.4.

3.3 Assurance voyage

EN CAS D'URGENCE

Veuillez prendre note que les informations apparaissant sur votre carte de services sont nécessaires lorsque vous désirez joindre les services de l'Assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050
À travers le monde à frais virés : 1 514 985-2281

AVANT DE PARTIR

N'oubliez pas d'apporter votre carte de services, car elle est requise pour communiquer avec l'Assisteur.

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-dessous sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

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

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 000 \$ viager.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

3.3.1 Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- i) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- ii) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- iii) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- iv) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

- v) Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement dans un centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.
- vi) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- vii) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

b) Frais de transport

- i) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter la personne assurée ou stabiliser sa condition.
- ii) 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. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- iii) Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.

- iv) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- v) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- vi) Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- vii) Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- viii) Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

c) Allocations de subsistance

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

3.3.2 Service d'assistance voyage

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

- a) Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.
- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.

Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.

- c) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre elle-même.
- d) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

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

- e) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- f) L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- g) L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- h) Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

3.3.3 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction prévues pour le régime obligatoire d'assurance maladie de base, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée;
- b) Lorsque la personne assurée refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée;
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;

- e) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- f) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- h) Pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature, telles que le ski alpin et la plongée sous-marine;
- i) Suite à l'absorption volontaire et abusive de médicaments ou de drogues et les conditions qui s'ensuivent;
- j) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire ou lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de la personne assurée ne résulte pas des tels événements ou situations.

- k) Pour tous frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

3.4 Assurance annulation de voyage

**SI VOUS DEVEZ ANNULER VOTRE VOYAGE
OU QUE VOUS DEVEZ L'INTERROMPRE**

Vous devez absolument communiquer avec l'Assisteur aux numéros suivants avant d'engager des frais.

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

À travers le monde à frais virés : 1 514 985-2281

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par la personne assurée suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée alors que la présente garantie est en vigueur, et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par personne assurée par voyage.

3.4.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- a) une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- b) le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;

- e) la convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause;
- f) la mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- g) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- i) le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- j) une modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de la personne assurée,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de la personne assurée,

- la personne assurée a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;
- l) les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- n) la perte involontaire de l'emploi de la personne salariée ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

3.4.2 Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 \$ par personne assurée, par voyage.

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

Par ailleurs, tout service rendu par un fournisseur de services de voyage, que ce soit sous la forme d'un billet, d'une réservation, d'une location ou sous toute autre forme, doit être inutilisé, inutilisable, non remboursable et non transférable.

a) En cas d'annulation avant le départ :

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

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

c) Si le retour est anticipé ou retardé :

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

- toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours;
- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

3.4.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- a) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- b) si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- c) une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- d) la participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- e) la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- g) lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- h) la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;

- i) une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle ou il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais sont engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- j) lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- k) si l'activité visée du voyage est la chasse ou la pêche;
- l) lorsque des frais sont engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

- m) dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes d'annulation de voyage, si la personne assurée a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.5 Exclusions

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- 3.5.1 Pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement;
- 3.5.2 Pour l'examen de l'ouïe (volet réduit seulement);
- 3.5.3 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour un voyage de santé;
- 3.5.4 Du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit;
- 3.5.5 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 3.5.6 Pour des soins de chirurgie esthétique autres que ceux décrits précédemment;
- 3.5.7 Pour des soins, services ou fournitures que la personne assurée n'est pas tenue de payer;

- 3.5.8 Pour des frais payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Ces frais sont déduits de toutes prestations payables en vertu du présent régime;
- 3.5.9 Par suite de la participation active de la personne assurée à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 3.5.10 Par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel;
- 3.5.11 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime;
- 3.5.12 En cas d'hospitalisation pour soins prolongés. Les frais de séjour dans un centre d'accueil, incluant les centres hospitaliers fournissant le même type de service (hébergement) ou tout autre établissement ne sont pas admissibles au remboursement;

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction prévues pour la garantie d'assurance voyage s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réduction prévues pour la garantie d'assurance annulation de voyage s'appliquent.

3.6 Prolongation

Au décès d'un participant, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 3.6.1 12 mois après le décès du participant;
- 3.6.2 La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- 3.6.3 La date de résiliation du contrat;
- 3.6.4 La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de personnes salariées dont faisait partie le participant décédé.

3.7 Droit de transformation

Tout participant qui cesse d'être assuré aux termes du régime obligatoire d'assurance maladie de base parce qu'il cesse d'être admissible ou toute personne salariée âgée de 65 ans ou plus qui a choisi de ne pas adhérer à la présente garantie peut, dans les 60 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

ARTICLE 4 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse, d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, de don d'organe ou de moelle osseuse.

Les professionnels de la santé doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou doivent être reconnus par le Comité et l'Assureur. Ils doivent exercer dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

4.1 Frais admissibles remboursés à 80 %

4.1.1 Les services professionnels d'un **acupuncteur**, d'un **diététiste**, d'un **homéopathe** ou d'un **ostéopathe**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, par spécialiste. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

4.1.2 Les services professionnels d'un **chiropraticien** à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, étant entendu qu'un seul des deux services donne lieu à des prestations s'ils sont reçus la même journée.

4.1.3 Les frais d'**échographies** et de **thermographies** aux fins de prévention ou de diagnostic, à l'exclusion des échographies fœtales, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année civile, par personne assurée, s'ils sont engagés sur prescription médicale.

4.1.4 Les services professionnels d'un **infirmier** ou d'un **infirmier auxiliaire**, pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, à l'exception de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, à raison d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et de 4 000 \$ par année civile, par personne assurée.

- 4.1.5 Les services professionnels d'une **infirmière en hygiène des pieds** ou d'un **podiatre**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- 4.1.6 Les services professionnels d'un **kinésithérapeute**, d'un **kinothérapeute**, d'un **massothérapeute**, d'un **naturopathe** ou d'un **orthothérapeute**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- 4.1.7 Les services professionnels d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- 4.1.8 Les frais de **radiographies** requises pour le traitement donné par un spécialiste couvert par le régime obligatoire d'assurance maladie de base ou par le présent régime, à raison d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par personne assurée.

4.2 **Frais admissibles remboursés à 50 %**

- 4.2.1 Les services professionnels d'un **psychanalyste**, d'un **psychiatre**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute** et d'un **travailleur social** sont remboursés jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Les services professionnels de psychiatres remboursables sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

4.3 **Exclusions**

Aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- 4.3.1 Pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement;
- 4.3.2 Pour l'examen de la vue ou de l'ouïe;
- 4.3.3 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour un voyage de santé;
- 4.3.4 Du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit;

- 4.3.5 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 4.3.6 Pour des soins de chirurgie esthétique;
- 4.3.7 Pour des soins, services ou fournitures que la personne assurée n'est pas tenue de payer;
- 4.3.8 Pour des frais payables en vertu de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif. Ces frais sont déduits de toutes prestations payables en vertu du présent régime;
- 4.3.9 En raison de toute guerre déclarée ou non, ou de participation active de la personne assurée à une insurrection;
- 4.3.10 Par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel;
- 4.3.11 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

4.4 **Prolongation**

Au décès d'un participant l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 4.4.1 12 mois après le décès du participant;
- 4.4.2 La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- 4.4.3 La date de résiliation du contrat;
- 4.4.4 La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de personnes salariées dont faisait partie le participant décédé.

4.5 **Droit de transformation**

Tout participant qui cesse d'être assuré aux termes du régime optionnel d'assurance maladie complémentaire parce qu'il cesse d'être admissible peut, dans les 60 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, la personne salariée devrait obtenir de l'Assureur la confirmation des frais qui lui seront remboursés. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire de l'Association dentaire canadienne ou de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec disponible chez le dentiste ou le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » de l'Assureur qui est disponible dans l'Espace client et sur le site Internet de La Capitale. La mention « Plan de traitement » devra y être inscrite.

5.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables rendus et recommandés par un dentiste et dont le coût n'excède pas les tarifs du **guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en vigueur l'année précédant le moment où les services sont rendus.**

5.2 Modalités de remboursement

5.2.1 L'Assureur rembourse 80 % des frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure et 50 % des frais pour prothèses fixes décrits ci-après, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais.

5.2.2 L'Assureur rembourse 80 % des frais de prothèses amovibles décrits ci-après, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.

5.3 Description des frais admissibles

Tout nouvel acte dentaire qui s'ajoute pendant la durée du contrat et qui touche les frais décrits ci-après, est automatiquement reconnu comme faisant partie des frais admissibles.

5.3.1 Description des frais de diagnostic

5.3.1.1 Examen buccal clinique

- examen complet : un examen par période de 9 mois consécutifs
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 9 mois consécutifs

- 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 : un examen par période de 12 mois consécutifs
- examen d'urgence
- examen d'un aspect particulier et examen de dysfonction stomatognathique : un examen par période de 9 mois consécutifs
- examen prosthodontique
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois consécutifs

Limitation : Un seul examen de rappel, périodique, d'un aspect particulier, de dysfonction stomatognathique ou complet par période de 9 mois consécutifs est couvert. Toutefois, l'examen effectué par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste (admissible selon le tarif des chirurgiens dentistes) n'est pas sujet à cette limitation.

5.3.1.2 Radiographies

- radiographies intra-orales :
 - a) radiographie périapicale
 - b) radiographie occlusale
 - c) radiographie interproximale
 - d) radiographie des tissus mous
- radiographies extra-orales :
 - a) pellicule extra-orale
 - b) examen des sinus
 - c) sialographie
 - d) substance radiopaque
 - e) articulation temporo-mandibulaire
 - f) pellicule panoramique
 - g) pellicule céphalométrique
- radiographie de la main et du poignet comme aide-diagnostic au traitement dentaire
- tomographie

Limitation : Une seule séance de radiographies sera remboursable par période de 9 mois consécutifs, à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence ou effectuées lors d'un examen fait par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste. De plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

5.3.1.3 Tests et examens de laboratoire

- tests bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- culture bactériologique pour la détermination de susceptibilité à la carie
- biopsie du tissu mou ou du tissu dur
- tests cytologiques :
 - a) frottis cytologique
 - b) coloration des muqueuses buccales

5.3.1.4 Modèles de diagnostic

- non montés
- montés
- cirage diagnostic

5.3.1.5 Présentation de cas / plan de traitement

5.3.1.6 Consultation

5.3.2 Description des frais de prévention

5.3.2.1 Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : un traitement par période de 9 mois consécutifs

5.3.2.2 Détartrage parodontal : un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires

5.3.2.3 Application topique de fluorure ou vernis fluoré : un traitement par période de 9 mois consécutifs

5.3.2.4 Analyse de la diète et recommandation

5.3.2.5 Conseils d'hygiène buccale

5.3.2.6 Programme de contrôle de la plaque dentaire

5.3.2.7 Finition d'une obturation

5.3.2.8 Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent

5.3.2.9 Scellants des puits et fissures

5.3.2.10 Protecteur buccal

5.3.2.11 Meulage des dents

- meulage interproximal des dents
- améloplastie

5.3.2.12 Appareils de maintien d'espace

- sur bagues
- sur couronne en acier
- appareil amovible
- avec mordançage à l'acide

5.3.3 Description des frais de restauration de base

5.3.3.1 Restauration

- Application de résine infiltrante
- dents primaires :
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage
 - c) antérieure en composite lié par mordançage
 - d) postérieure en composite lié par mordançage
- dents permanentes :
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel
 - b) molaire en amalgame conventionnel
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage
 - d) molaire en amalgame lié par mordançage
 - e) antérieure en composite lié par mordançage

- f) facette (antérieure et prémolaire)
- g) prémolaire en composite lié par mordançage
- h) molaire en composite lié par mordançage
- fermeture de diastème
- tenon pour restauration (en amalgame ou en composite)
- supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse amovible existante. Par restauration (en sus du code utilisé pour l'obturation)
- aurification
- incrustation :
 - a) en métal
 - b) en porcelaine, en résine ou en céramique
- tenon de rétention dans l'incrustation

5.3.3.2 Chirurgie buccale

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication)
- ablations chirurgicales :
 - a) dent ayant fait éruption (complexe)
 - b) dent incluse
 - c) racines résiduelles
 - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée
 - e) exposition chirurgicale d'une dent
 - f) déplacement chirurgical d'une dent
 - g) énucléation d'une dent
- supplément pour points de suture, par séance : Ces frais ne sont admissibles que s'ils sont demandés conjointement avec des frais pour une ablation de dent ayant fait éruption (sans complication).
- correction et remodelage des tissus buccaux :
 - a) alvéolectomie
 - b) alvéoloplastie

- c) stomatoplastie
 - d) ostéoplastie
 - e) tubéroplastie
 - f) ablation de tissu hyperplasique
 - g) ablation de surplus de muqueuse
 - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible
 - i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie)
 - j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique
-
- ablation d'une lésion de tissu mou
 - ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra osseux
 - incision et drainage chirurgicaux
 - ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou
 - frénectomie
 - contrôle d'hémorragie
 - traitement post-chirurgical

5.3.3.3 Services généraux complémentaires

- anesthésie locale
- sédation consciente par inhalation, par intraveineuse, par voie orale ou percutanée
- visites professionnelles

5.3.4 Description des frais de restauration majeure

5.3.4.1 Endodontie

- carie / trauma / contrôle de la douleur :
 - a) pansement sédatif / coiffage indirect
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - c) collage / cimentation
- urgence endodontique :
 - a) pulpotomie
 - b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal)
 - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal)
 - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique
 - e) réimplantation d'une dent avulsée
 - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme
- autres services endodontiques :
 - a) supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine
 - b) préparation de la dent en vue d'un traitement

- thérapie canalaire :
 - a) tentative infructueuse de compléter un traitement de canal
 - b) traitement et retraitement de canal
 - i) un canal
 - ii) deux canaux
 - iii) trois canaux
 - iv) quatre canaux
 - v) canal additionnel
 - c) apexification
 - i) un canal
 - ii) deux canaux
 - iii) trois canaux
 - iv) quatre canaux ou plus
 - d) réparation de perforation
- chirurgie endodontique périapicale :
 - a) apectomie (acte distinct du traitement de canal)
 - b) apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde
 - c) apectomie et retraitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde
 - d) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - e) amputation de racine
 - f) réimplantation intentionnelle
 - g) hémisection
- blanchiment de dents effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile, par personne assurée, pour toutes les dents :
 - a) dents devitalisées
 - b) dents vivantes, au cabinet

5.3.4.2 Parodontie

- gestion ou traitement d'une inflammation, d'une infection aiguë ou d'autres affections
- désensibilisation, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile, par personne assurée, pour toutes les dents
- séance de contrôle postopératoire pour changement du pansement
- chirurgie parodontale :
 - a) surfaçage radiculaire
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie
 - c) fibrotomie
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie
 - e) greffe de tissu mou, gingivale ou tissu osseux
 - f) Wedge proximal (mésial ou distal)
 - g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau
 - h) allongement de la couronne clinique
- traitements parodontaux d'appoint :
 - a) jumelages ou ligatures
 - b) jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordançage à l'acide
 - c) ablation ou recimentation de jumelage, par dent
 - d) équilibrage de l'occlusion
 - i) mineur
 - ii) majeur, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux séances par année civile
 - e) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme)
 - f) appareil intra-oral pour l'articulation temporo mandibulaire (plaque occlusale)
 - g) irrigation parodontale sous-gingivale
 - h) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente

5.3.5 Description des frais pour prothèses fixes

5.3.5.1 Couronne individuelle :

- acrylique cuit
- temporaire en acrylique (de transition)
- porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal
- actes complémentaires

5.3.5.2 Autres services de restauration :

- réparation d'une couronne ou d'une facette
- recimentation et/ou ablation
- ablation d'une incrustation, d'une couronne non préfabriquée ou d'une facette (acte distinct de la préparation d'une nouvelle restauration), première unité de temps et chaque unité de temps additionnelle

Le remplacement d'une couronne est remboursable à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante que cette couronne ne peut être réparée et, si cette couronne a été mise en bouche alors que le présent régime d'assurance soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 4 ans avant le remplacement.

5.3.6 Description des frais pour prothèses amovibles

5.3.6.1 Prothèses amovibles

- Prothèses complètes :
 - a) prothèse complète immédiate (de transition)
 - b) prothèse complète immédiate
 - c) prothèse complète
 - i) standard
 - ii) équilibrée
 - d) prothèse complète hybride
 - i) standard
 - ii) équilibrée

- Prothèses partielles

- a) prothèse partielle immédiate (de transition)
- b) prothèse partielle, base en acrylique
- c) prothèse partielle, base coulée
 - i) standard
 - ii) équilibrée
- d) prothèse complète avec prothèse partielle
 - i) standard
 - ii) équilibrée
- e) prothèse partielle coulée avec attache de type précision, semi-précision ou hybride

5.3.6.2 Ajustement d'une prothèse

- ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de 6 mois après la pose initiale de la prothèse
- remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle

5.3.6.3 Réparations d'une prothèse complète ou partielle

- réparation d'une prothèse complète sans empreinte
- réparation d'une prothèse complète avec empreinte
- ajouts de structure à une prothèse partielle
- remplacement des dents d'une prothèse
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante

5.3.6.4 Nettoyage et polissage d'une prothèse

5.3.6.5 Duplication d'une prothèse

5.3.6.6 Rebasage et regarnissage

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle
- rebasage (jump) - garnissage temporaire thérapeutique

5.3.6.7 Réfection d'une prothèse partielle (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé)

5.4 Restrictions concernant les prothèses amovibles

Le remplacement d'une prothèse ou l'addition de dents à une prothèse amovible 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
- b) qu'il se soit écoulé au moins 4 ans depuis la pose initiale de la prothèse.

5.5 Limitations aux frais admissibles

Aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- 5.5.1 Les traitements dentaires effectués gratuitement ou que la personne assurée n'est pas tenue de payer.
- 5.5.2 Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.
- 5.5.3 Les traitements dentaires payables par un régime d'assurance maladie auquel la personne assurée a adhéré.

5.6 Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais de soins dentaires engagés :

- 5.6.1 À l'intention d'une tierce personne;
- 5.6.2 Lors de chirurgie esthétique, notamment pour la transformation, l'extraction ou le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence;
- 5.6.3 Lors d'une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées.

5.7 Prolongation

Au décès d'un participant, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 5.7.1 12 mois après le décès du participant;
- 5.7.2 La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- 5.7.3 La date de résiliation du contrat;
- 5.7.4 La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de personnes salariées dont faisait partie le participant décédé.

5.8 Droit de transformation

Tout participant de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré aux termes du régime optionnel d'assurance soins dentaires parce qu'il cesse d'être admissible pour une autre raison que la retraite peut, dans les 60 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance soins dentaires d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE

6.1 Assurance vie de base de la personne salariée

6.1.1 Montant d'assurance

6.1.1.1 Pour une personne salariée de moins de 65 ans :

Le montant d'assurance vie payable au décès d'une personne salariée assurée est égal à une fois son salaire annuel arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

6.1.1.2 Pour une personne salariée de 65 ans et plus :

Le montant d'assurance vie payable au décès d'une personne salariée assurée est égal à 1/2 fois son salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

6.2 Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle de la personne salariée

6.2.1 Montant d'assurance

Lorsqu'une personne salariée subit l'une des pertes énumérées au « Tableau des pertes » présenté ci-dessous, et que cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que la personne salariée soit assurée par la présente garantie à la date de l'accident, l'Assureur paie le pourcentage du salaire annuel indiqué ci-après, sans toutefois dépasser 100 % du salaire pour toutes les pertes relatives au même accident.

TABLEAU DES PERTES	POURCENTAGE DU SALAIRE ANNUEL
- Perte de la vie	100 %
- Perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
- Perte d'une main et d'un pied	100 %
- Perte d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un œil	100 %
- Perte d'une main ou d'un pied	50 %
- Perte de la vue d'un œil	50 %
- Perte de chaque doigt	10 %

Lorsqu'une personne salariée assurée atteint l'âge de 65 ans, le pourcentage que paie l'Assureur en vertu de la présente garantie est réduit de moitié.

Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main, d'un pied ou d'un doigt, la perte d'usage totale et définitive; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue. Lors d'une perte subie par une personne salariée invalide, le pourcentage du salaire demeure celui établi au début de l'invalidité. Aux fins d'assurance, la personne salariée invalide est considérée comme une personne retraitée à compter de son 65^e anniversaire.

6.2.2 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas si la perte survient dans les cas suivants :

- 6.2.2.1 Alors que la personne salariée assurée exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef, sauf si elle est tenue de le faire dans l'exercice de ses fonctions tel que prévu à sa convention collective de travail et à son contrat individuel de travail;
- 6.2.2.2 En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection;
- 6.2.2.3 En raison d'une tentative de suicide ou du suicide de la personne salariée assurée, ou d'une blessure ou d'une mutilation que la personne salariée assurée s'est volontairement infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 6.2.2.4 Lors de sa participation à un acte criminel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi;
- 6.2.2.5 Alors que la personne salariée assurée est en service actif dans les forces armées;
- 6.2.2.6 Par suite d'une maladie ou d'une affection ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident.

6.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne salariée

6.3.1 Montant d'assurance

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'une personne salariée est le suivant :

- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré;
- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus.

6.4 Assurance vie additionnelle de la personne salariée et assurance vie additionnelle du conjoint de la personne salariée

6.4.1 Montant d'assurance

Le montant d'assurance payable au décès de la personne salariée assurée ou du conjoint de la personne salariée assurée qui s'est prévalu de cette option est établi de la façon suivante :

6.4.1.1 Personne salariée : 1 à 5 fois le salaire annuel de la personne salariée assurée selon l'option choisie. Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

6.4.1.2 Conjoint : de 1 à 20 tranches de 5 000 \$ chacune selon l'option choisie.

Ces garanties sont sujettes à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion et lors de l'addition d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

6.4.2 Exclusion et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas si la personne salariée assurée ou le conjoint de la personne salariée assurée meurt à la suite d'un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'ils soient sains d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. Dans ce cas, l'assurance ou l'augmentation, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Pour la personne salariée, l'augmentation de salaire n'est pas considérée comme un changement de la protection. De plus, pour les personnes salariées assurées qui détenaient une protection d'assurance vie additionnelle en vertu du contrat antérieur, la date de prise d'effet du montant qui était couvert par ledit contrat est celle à laquelle le montant a pris effet en vertu du contrat antérieur.

6.5 Assurance vie de la personne retraitée

6.5.1 Montant d'assurance

À compter de la date de prise de la retraite, la personne retraitée peut continuer d'être assurée sans preuves d'assurabilité, pour un montant pouvant aller jusqu'à 20 tranches de 5 000 \$, selon son choix, sans toutefois excéder le montant détenu comme personne salariée, à la condition d'en faire la demande à l'Assureur au cours de la période de 30 jours suivant la date de sa retraite.

Cependant, pour une personne salariée à temps partiel ou en congé sans solde sans participation, dont le montant d'assurance en vigueur immédiatement avant la date de sa retraite est inférieur à 5 000 \$, ledit montant est réputé s'élever à 5 000 \$.

Une personne retraitée peut réduire éventuellement le montant d'assurance choisi, mais ne peut l'augmenter. De plus, il peut terminer son assurance en tout temps, auquel cas il ne pourra y participer à nouveau.

Une personne retraitée assurée qui effectue un retour au travail peut conserver le montant d'assurance détenu comme personne retraitée. Dans un tel cas, tout nouveau montant d'assurance vie à l'intention de la personne salariée ou de ses personnes à charge auquel elle a droit lorsqu'elle cesse à nouveau d'être une personne salariée s'ajoute au montant d'assurance qu'elle détient déjà. Le total de ces montants d'assurance forme alors un seul montant d'assurance aux fins d'application de la limite de 20 tranches de 5 000 \$ et du calcul de la prime.

6.6 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée

6.6.1 Montant d'assurance

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'une personne retraitée est le suivant :

- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré;
- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus.

6.7 Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée

6.7.1 Montant d'assurance

À compter de sa mise à la retraite la personne retraitée peut conserver, en partie ou en totalité, le montant d'assurance vie additionnelle qu'elle détenait sur la vie de son conjoint immédiatement avant la date de sa retraite, soit entre 1 à 20 tranches de 5 000 \$.

6.8 Prolongation en cas de transformation

La protection à l'égard d'un participant est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle il a le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu des dispositions relatives au droit de transformation.

6.9 Droit de transformation

6.9.1 Personne salariée

Lorsqu'une personne salariée assurée cesse d'être admissible au présent régime pour une raison autre que la retraite, elle a le droit, si elle en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date de terminaison de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité la totalité ou une partie du présent régime, à l'exception de la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle de la personne salariée, en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant d'assurance vie qui peut être transformé ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'elle détenait en vertu du contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$. Cependant, ce montant ne peut être inférieur à 10 000 \$.

6.9.2 Personne à charge d'une personne salariée

Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge d'une personne salariée assurée cesse d'être admissible au présent régime du fait de la terminaison de l'assurance de la personne salariée par suite de son décès, de la cessation de son emploi (pour une raison autre que la retraite) ou de son appartenance au groupe ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition de personne à charge, celle-ci a le droit, si elle en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours suivant la date de terminaison de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité le présent régime en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire sans garantie accessoire d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant d'assurance vie qui peut être transformé ne peut excéder le montant d'assurance sur la vie de cette personne à la date de la transformation. Cependant, ce montant ne peut être inférieur à 5 000\$.

6.10 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu du présent régime dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée à 25 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne assurée, sans excéder 50 000 \$.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Après la date du versement, la prime, le cas échéant, continue d'être calculée sur le plein montant d'assurance comme s'il n'y avait pas eu de paiement anticipé. Lors du décès de la personne assurée, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5 à 10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V80691330) au 31 décembre précédent arrondi au ¼ de 1 % supérieur.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus au présent article cessent à la terminaison du contrat, même pour les personnes salariées exonérés du paiement des primes.

ARTICLE 7 - PAIEMENT DES PRIMES - EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

7.1 Paiement des primes

7.1.1 Personne salariée

Les primes sont payables à la fin de chaque période de 28 jours suivant la date d'entrée en vigueur.

La prime n'est payable, pour une personne salariée qui devient assurée, qu'à compter du début de la période de paie qui coïncide avec ou suit immédiatement la date où elle devient admissible. De même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle une personne salariée cesse sa participation.

La prime d'une période de paie est exigible lorsque la protection est en vigueur le premier jour de cette période. De même, la prime est payable pour la période de paie entière au cours de laquelle cesse la protection d'assurance.

La prime par période de paie est établie selon le taux de prime et le salaire qui sont applicables à la personne salariée au premier jour de ladite période.

7.1.2 Personne retraitée

La prime est payable à l'Assureur selon l'une des modalités suivantes :

- i) à la date effective de la retraite et à chaque 1^{er} janvier par la suite. Pour la première année civile d'assurance en tant que personne retraitée, lorsque la date de la retraite n'est pas le 1^{er} janvier, la prime annuelle payable est ajustée au prorata du nombre de mois à couvrir.
- ii) mensuellement, par retenue sur la rente de retraite versée par Retraite Québec.

Aux fins d'application de ce qui précède, pour la personne retraitée qui devient assurée à une date autre que le premier jour d'un mois, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour du mois suivant.

La prime complète est payable pour le mois au cours duquel l'assurance de la personne retraitée se termine.

7.2 Exonération des primes en cas d'invalidité

7.2.1 Début de l'exonération

- Pour la personne salariée
 - a) Dans le secteur de la santé et des services sociaux, en cas d'invalidité, l'assurance de la personne salariée assurée et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la :
 - 8^e journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet; ou
 - 6^e journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail; ou
 - 9,9^e journée de calendrier pour la personne salariée à temps partiel;
 - b) Dans tous les autres secteurs, en cas d'invalidité, l'assurance de la personne salariée assurée et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 8^e journée ouvrable.

Dans ces secteurs, lorsqu'une personne salariée assurée est victime d'une lésion professionnelle et que celle-ci est exclue de la définition d'invalidité, le paragraphe précédent s'applique lorsqu'une telle personne a droit à une indemnité de remplacement de revenu de la CNESST. Dans un tel cas, l'exonération cesse au plus tard à la date de consolidation de la lésion professionnelle, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime.

- Pour l'employeur

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'à la fin de la période de versement des prestations d'assurance salaire prévue à la convention collective, soit après la 104^e semaine d'invalidité.

7.2.2 Terminaison de l'exonération

L'exonération du paiement de la prime se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 7.2.2.1 La date à laquelle la personne salariée assurée n'est plus invalide;
- 7.2.2.2 La date à laquelle la personne salariée assurée atteint 65 ans;
- 7.2.2.3 La date à laquelle le droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée se termine;
- 7.2.2.4 Pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaire) et de soins dentaires :
 - a) La date correspondant à la fin d'une période de **36 mois** suivant la date de début de l'invalidité de la personne salariée assurée; après cette période et tant que le lien d'emploi est maintenu, la personne salariée doit alors payer elle-même à l'Assureur la prime totale prévue pour les régimes d'assurance dont la participation est maintenue;
 - b) La date de terminaison du contrat ou d'un régime ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de personnes salariées à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie;
 - c) La date de rupture du lien d'emploi de la personne salariée assurée.

7.2.3 Dispositions relatives à une lésion professionnelle

- Lésion professionnelle non consolidée

Dans tous les secteurs, lorsqu'une personne salariée assurée est victime d'une lésion professionnelle, qu'elle ne peut reprendre son emploi et dont la lésion n'est toujours pas consolidée selon son médecin traitant, elle bénéficie de l'exonération du paiement de la prime, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime, et ses protections sont maintenues pour une période maximale d'un an, à compter de la fin des indemnités de remplacement de revenu versées par la CNESST.

- **Assignment temporaire**

Dans tous les secteurs, lorsqu'une personne salariée assurée victime d'une lésion professionnelle est assignée temporairement à un travail, elle bénéficie de l'exonération des primes pour toute période de paie au cours de laquelle elle reçoit une indemnité de remplacement de revenu, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime; elle ne bénéficie pas de l'exonération des primes si elle ne reçoit pas d'indemnité de remplacement de revenu.

- **Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation**

Dans tous les secteurs, lorsqu'une personne salariée assurée est victime d'une lésion professionnelle et qu'elle bénéficie du droit à la réadaptation, tel que prévu aux articles 145 et suivants de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, elle bénéficie de l'exonération du paiement de la prime, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime, et ses protections sont maintenues dans les cas suivants :

- la personne salariée est en recherche d'emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- la personne salariée occupe un emploi qui n'est pas son emploi habituel chez son employeur d'origine;
- la personne salariée occupe un emploi chez un autre employeur.

Toutefois, l'assurance se termine et ses protections prennent fin dès que la personne salariée assurée a complété 48 mois d'invalidité. Dans un tel cas, la personne salariée assurée qui occupe un emploi chez son employeur d'origine, redevient admissible aux protections qu'elle détenait avant le début de son invalidité.

7.2.4 Retrait préventif

Une personne salariée assurée qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CNESST en raison de sa grossesse n'est pas sujette à l'exonération de primes aux fins des présentes.

7.2.5 Dépôt d'un grief relié à une invalidité

Une personne salariée assurée qui dépose un grief à la suite de la contestation de son invalidité ou de l'imposition d'une mesure administrative en lien avec son invalidité, demeure exonérée, pendant la procédure de grief, du paiement des primes pour l'ensemble des régimes auxquels elle participe jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de son retour au travail;
- la date de la décision d'un arbitre;
- la date d'une entente entre les parties;
- la date correspondant à la fin de l'exonération du paiement de la prime prévue selon les dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime.

7.2.6 Retour progressif au travail

Lorsqu'une personne salariée exonérée effectue un retour progressif au travail, tel que prévu à sa convention collective, elle demeure exonérée jusqu'à ce qu'elle puisse accomplir toutes les fonctions reliées à son poste, sans toutefois excéder la période maximale prévue à la convention collective, et ce, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison de l'exonération du paiement de la prime.

7.2.7 Exclusion

L'exonération du paiement de la prime ne s'applique pas aux garanties d'assurance vie de la personne retraitée, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée et d'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée.

ARTICLE 8 – DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 Dispositions générales

Pour les fins d'administration du présent contrat, toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu des régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que la personne assurée en ait fait la demande ou non.

Les droits aux prestations d'une personne assurée cessent automatiquement si telle personne assurée tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude, toute prestation en vertu de ce contrat et l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles engagés après la date de cessation desdits droits.

8.1.1 Subrogation des droits du participant à l'Assureur

Comme condition préalable à l'octroi de prestations, l'Assureur peut exiger que le participant lui cède les droits de réparation qui sont dus audit participant par l'auteur de dommages (accident ou maladie), et ce, jusqu'à concurrence du montant dû audit participant par l'Assureur du présent contrat.

Stipulation concernant l'assurance voyage

Pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, la personne assurée cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteur. Les personnes assurées conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

8.1.2 Effet de la terminaison

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 ou une mutilation consécutive à une invalidité survenue alors que le contrat était en vigueur.

8.1.3 Action en justice contre l'Assureur

Toute action en justice au sujet d'une demande de prestation en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant la date d'engagement des frais, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.

8.1.4 Incessibilité des droits des personnes assurées

Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat ne sont pas cessibles et aucune cession par une personne assurée, soit du droit aux prestations ou soit du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat, ne liera l'Assureur.

8.2 **Régime obligatoire d'assurance maladie de base et régimes optionnels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires**

8.2.1 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer à la personne salariée assurée par le présent régime les frais remboursables engagés s'il y a eu présentation d'une demande de prestations dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services sont rendus ou les articles sont fournis.

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

8.2.2 Renseignements

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

De plus, la personne salariée doit confirmer à l'Assureur, à chaque début du semestre d'automne, que l'enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement fréquente effectivement un établissement scolaire à temps complet. À défaut de fournir une confirmation annuelle, la couverture de l'enfant à charge prend automatiquement fin à son 18^e anniversaire ou à la date de début de l'année scolaire pour laquelle la personne salariée ne fournit pas de confirmation à l'Assureur. La confirmation peut être faite par courrier, par télécopieur ou par application mobile, en transmettant une copie du relevé d'inscription, ou par téléphone, laquelle confirmation sera alors sujette à vérification. De plus, l'Assureur se réserve le droit de vérifier si l'enfant à charge fréquente toujours l'établissement scolaire lors de toute demande de prestations faite pour cet enfant.

8.2.3 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier, ou de toute personne rendant n'importe lequel des services assurés par le présent contrat.

8.2.4 Procédure pour réclamer

Pour l'achat de médicaments et le remboursement de ses frais dentaires, la personne salariée peut se servir de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé direct. La personne salariée ne débourse alors que la portion non remboursable des frais.

Pour les autres frais admissibles et les professionnels de la santé, la personne salariée paie dans un premier temps le coût total des frais engagés. Dans un deuxième temps, la personne salariée utilise un des moyens suivants pour faire parvenir sa demande de prestations à l'Assureur :

- i) par l'application mobile La Capitale;
- ii) en ligne, dans l'espace sécurisé;
- iii) par la poste, en transmettant le formulaire de demande de prestation rempli.

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, la personne salariée devrait obtenir de l'Assureur la confirmation des frais qui lui seront remboursés. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire de l'Association dentaire canadienne ou de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec disponible chez le dentiste ou le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » de l'Assureur qui est disponible dans l'Espace client et sur le site Internet de La Capitale. La mention « Plan de traitement » devra y être inscrite.

8.3 Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'Assisteur rembourse les frais engagés par la personne assurée directement au fournisseur suivant la réception de tout document officiel et pièce justificative requise.

Dans certaines circonstances, il est possible que la personne assurée doive payer au fournisseur le coût total pour les services, soins, traitements ou fournitures, lorsque ce dernier refuse de facturer l'Assisteur. Dans un tel cas, l'Assisteur rembourse les frais admissibles à la personne assurée suivant la réception de tout document officiel et pièce justificative requise.

Par ailleurs, lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci le titre de transport qu'elle détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

8.3.1 Directives importantes

Dans tous les cas, avant d'engager des frais pour obtenir tout service, soin, traitement et fourniture à la suite d'une situation d'urgence, la personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

La personne assurée, dès qu'elle est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.

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

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

8.3.2 Coordination

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

8.4 Régime optionnel d'assurance vie

8.4.1 Bénéficiaire

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

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

Le montant d'assurance payable en raison de la mutilation accidentelle du participant lui est versé.

8.4.2 Paiement de l'assurance

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

8.4.3 Procédure pour réclamer

Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui transmettra le formulaire requis.

Lors du règlement d'une réclamation relative au décès du participant, l'Assureur vérifie le salaire auprès de l'employeur.

8.5 Exonération des primes en cas d'invalidité – Preuves d'invalidité

Pour toute personne salariée assurée invalide depuis plus de 24 mois et sujette aux dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité, des preuves d'invalidité ou de persistance d'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande.

Le fait pour une personne salariée de ne pas fournir lesdites preuves dans les 31 jours de la demande écrite, prive cette personne du droit de se prévaloir des privilèges octroyés par les dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de réception effective par l'Assureur desdites preuves.

L'Assureur reconnaît l'invalidité d'une personne salariée si cette dernière reçoit une prestation d'invalidité d'un autre organisme tel que Retraite Québec, la CNESST, etc. ou d'un autre régime d'assurance salaire collectif.

ARTICLE 9 - CONTRAT

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

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

Les parties au contrat sont, d'une part, le Comité et, d'autre part, l'Assureur.

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

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

Le Comité est le mandataire des personnes salariées assurées, sauf quant aux droits et obligations qui leur sont propres.

Le présent contrat se renouvelle automatiquement à la fin de chaque période contractuelle, sous réserve des dispositions relatives à la terminaison du contrat.

Pour l'interprétation du présent contrat, le genre utilisé désigne tant le masculin que le féminin.