



Desjardins
Sécurité financière^{MC}

vie, santé, retraite

**LE PERSONNEL SYNDIQUÉ
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
RATTACHÉ AUX GROUPES SUIVANTS
DE LA FONCTION PUBLIQUE :**

**S.F.P.Q.
S.P.E.Q.
S.P.M.G.Q.
A.P.C.D.G.Q.
F.C.C.R.Q.
S.A.P.S.C.Q.
A.P.G.C.G.Q.
S.C.S.G.Q.
S.A.C.F.Q.**

**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE**

ENGAGEMENT

DESJARDINS

Votre régime d'assurance collective

**LE PERSONNEL SYNDIQUÉ DU
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
RATTACHÉ AUX
GROUPES SUIVANTS DE LA
FONCTION PUBLIQUE :**

**S.F.P.Q.
S.P.E.Q.
S.P.M.G.Q.
A.P.C.D.G.Q.
F.C.C.R.Q.
S.A.P.S.C.Q.
A.P.G.C.G.Q.
S.C.S.G.Q.
S.A.C.F.Q.**

Contrat n° 30000

**Assureur : Desjardins Sécurité financière,
compagnie d'assurance vie**

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre contrat d'assurance collective. Seul le contrat d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Révisé : mai 2002

02967 (02-06)

**RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE
DU PERSONNEL SYNDIQUÉ
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
RATTACHÉ AUX GROUPES SUIVANTS
DE LA FONCTION PUBLIQUE :**

- S.F.P.Q. :** *SYNDICAT DE LA FONCTION PUBLIQUE DU QUÉBEC*
- S.P.E.Q. :** *SYNDICAT DES PROFESSEURS DE L'ÉTAT DU QUÉBEC*
- S.P.M.G.Q. :** *SYNDICAT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
- A.P.C.D.G.Q. :** *ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
- F.C.C.R.Q. :** *FRATERNITÉ DES CONSTABLES DU CONTRÔLE ROUTIER DU QUÉBEC*
- S.A.P.S.C.Q. :** *SYNDICAT DES AGENTS DE LA PAIX EN SERVICES CORRECTIONNELS DU QUÉBEC*
- A.P.G.C.G.Q. :** *ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES GARDES DU CORPS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
- S.C.S.G.Q. :** *SYNDICAT DES CONSTABLES SPÉCIAUX DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
- S.A.C.F.Q. :** *SYNDICAT DES AGENTS DE LA CONSERVATION DE LA FAUNE DU QUÉBEC*

CES RÉGIMES SONT SOUS L'AUTORITÉ DU COMITÉ DES ASSURANCES DU S.F.P.Q. ET DE CERTAINS AUTRES SYNDICATS DE LA FONCTION PUBLIQUE.

TABLE DES MATIÈRES

DESCRIPTION DES GARANTIES.....	1
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT- MALADIE DE BASE (RÉGIME A).....	1
▪ FRAIS DE MÉDICAMENTS ET AUTRES FRAIS	1
▪ ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE-VOYAGE.....	5
▪ ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	9
▪ EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE (RÉGIME A).....	14
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT- MALADIE COMPLÉMENTAIRE (RÉGIME B)	19
▪ FRAIS HOSPITALIERS.....	19
▪ FRAIS PARAMÉDICAUX	19
▪ EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (RÉGIME B).....	21
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE (RÉGIME C)	23
▪ ASSURANCE VIE DE BASE.....	23
▪ ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE	24
▪ ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	25
▪ ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES	25

- ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT 27
- ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE 28
- EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES (RÉGIME C)..... 28

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE-TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE (RÉGIME D) 30

- EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE-TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE (RÉGIME D)..... 33

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 35

DÉFINITIONS..... 35

ADMISSIBILITÉ 43

DEMANDES D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION 44

DÉBUT DE L'ASSURANCE..... 48

CHANGEMENT DE PROTECTION 52

EXONÉRATION DES PRIMES..... 55

ABSENCE SANS TRAITEMENT 56

FIN DE L'ASSURANCE..... 59

DROIT DE TRANSFORMATION POUR L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE..... 62

DROIT DE TRANSFORMATION POUR L'ASSURANCE VIE 62

LIMITATIONS GÉNÉRALES	62
COORDINATION DES PRESTATIONS	63
PROLONGATION DE L'ASSURANCE	63
BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE	63
DEMANDES DE PRESTATIONS.....	63

*L'usage du masculin comme neutre ne vise pas à exclure le féminin,
mais plutôt à alléger le texte.*

DESCRIPTION DES GARANTIES

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE (RÉGIME A)

▪ FRAIS DE MÉDICAMENTS ET AUTRES FRAIS

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

- a) Le pourcentage de remboursement est de 80 % (**85 % pour les médicaments génériques achetés par le biais de la carte de paiement de médicaments**) à l'égard des premiers 1 000 \$ de frais admissibles engagés au cours d'une même année civile; il est de 90 % (**95 % pour les médicaments génériques achetés par le biais de la carte de paiement de médicaments**) à l'égard des 5 500 \$ de frais admissibles engagés par la suite au cours de la même année civile; il est de 100 % de tous les frais admissibles engagés par la suite au cours de la même année civile; l'application de ces pourcentages ne tient pas compte des frais engagés pendant que la personne est assurée en vertu d'un autre régime collectif ou en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments.
- b) Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus, cette limitation ne pouvant toutefois pas s'appliquer à la partie de l'assurance des médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments.
- c) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge.

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

Frais de médicaments

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

Autres frais

- a) Les frais d'ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour), y compris le transport aérien ou par train en cas d'urgence.
- b) Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat et le remplacement d'un membre artificiel, y compris un oeil de verre, pour une perte survenue en cours d'assurance.
- c) Sur la recommandation du médecin traitant, les frais de fournitures et services suivants :
 - sang et plasma sanguin;
 - radiographies, examens de laboratoire, tests de résonance magnétique, ultrasons, scanographie, radiothérapie ou radiumthérapie, aux fins de diagnostic, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un montant de 300 \$ de frais admissibles, par année civile, par personne assurée;
 - traitements d'orthophonie, d'ergothérapie et d'audiologie;
 - pansements médicamenteux, prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires ou capillaires, des frais pour lunettes et lentilles cornéennes ainsi que des appareils auditifs et examens pour prescription ou ajustement de ces appareils), béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corssets orthopédiques et autres appareils orthopédiques; par appareil orthopédique, on entend un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient, maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons;
 - oxygène et location de l'équipement servant à l'administrer;
 - location de fauteuil roulant non motorisé, de respirateur, de chambre hyperbare et de lit de type hospitalier, pour un usage temporaire.

- d) Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat d'orthèses podiatriques et de chaussures orthopédiques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied; de plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible; toutefois, les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques, ni les sandales de quelque forme que ce soit. En outre, concernant les orthèses podiatriques, les frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.
- e) Les honoraires de physiothérapie rendus en clinique privée par des physiothérapeutes ou des thérapeutes en réadaptation physique exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de psychiatres, à raison de 30 \$ de frais admissibles par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces services, pourvu que les professionnels concernés soient membres en règle de leur corporation professionnelle.
- f) Les frais de stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par stérilet ainsi que l'achat de contraceptif sous-cutané Norplant, à raison d'un montant admissible annuel égal à 1/5 du coût total engagé pour cet achat, étant entendu que le remboursement est échelonné sur une période de 5 ans, que la personne assurée doit présenter sa facture à l'assureur tous les 12 mois et que tout remboursement à cet égard est conditionnel au maintien en vigueur de l'assurance de la personne assurée (tous les autres produits anticonceptionnels sont exclus, à l'exception des anovulants, qui sont payables en vertu des sous-paragraphes a) et b) de la section **FRAIS DE MÉDICAMENTS**.

▪ ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE-VOYAGE

Assurance voyage

Lorsque vous devez engager d'urgence des frais en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour de moins de 6 mois à l'extérieur de votre province de résidence, l'assurance voyage permet à l'assureur de vous rembourser à 100 % les frais que vous engagez à cet égard pour une personne assurée résidant au Canada et assurée en vertu des régimes d'État d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, dans la mesure où il s'agit de frais admissibles d'assurance voyage qui ne sont pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance et selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

Les frais admissibles sont les suivants :

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

1. Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée, étant entendu que la personne doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec la firme d'assistance-voyage, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé; toutefois, lorsque les frais hospitaliers sont engagés au Canada, ceux-ci sont limités au tarif maximum d'une chambre semi-privée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec.
2. Les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste.
3. Les soins privés dispensés par une infirmière ou un infirmier, lorsque prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAN; le tarif ne doit pas excéder ce qui aurait normalement été exigé pour le même service dans la province de résidence de la personne assurée.

b) Frais de transport

1. Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance-voyage.
2. Les frais pour le rapatriement de toute personne qui est assurée en vertu de la présente garantie, si elle ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.
3. Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par la firme d'assistance-voyage.
4. Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille âgé de 18 ans ou plus, 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 la firme d'assistance-voyage.

5. Les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; le remboursement maximal auquel vous pouvez avoir droit à cet égard est de 750 \$ CAN par adhérent; par «véhicule» on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.
6. En cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage), à condition qu'aucun membre de la proche famille âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage.
7. En cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN ou jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAN pour le coût de l'incinération ou de l'enterrement à l'endroit où survient le décès; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.

c) Frais de subsistance et d'appels interurbains

Le coût des appels téléphoniques et courses en taxi jugés essentiels, des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour à cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa proche famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants à charge qui ne l'accompagnent pas; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 150 \$ CAN par jour par personne assurée, sans toutefois excéder un maximum global de 1 500 \$ CAN.

Le service d'assistance-voyage

La firme d'assistance-voyage prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) référence à des médecins ou à des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin le prescrit;

- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) référence à des avocats si des problèmes juridiques surviennent.

Le service d'assistance-voyage «**Sigma Assistel**» est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

En cas d'urgence médicale, avant d'engager des frais, il est recommandé de communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage à l'un des numéros suivants :

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

▪ **ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

1. Événements pouvant donner lieu à un remboursement

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

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

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

- j) terrorisme dans un pays (destination d'origine) qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du voyage, une recommandation visant à déconseiller aux Canadiens de voyager dans ce pays au cours d'une période qui coïncide avec les dates du voyage;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est l'exécuteur testamentaire;
- m) défaillance du fournisseur de services de voyage;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par «emploi permanent», on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée et qui exige qu'elle soit effectivement au travail pendant un minimum de 14 heures par semaine.

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

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

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

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

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

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du retard du transporteur de correspondance (avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine) si ce retard est causé par les conditions atmosphériques ou des difficultés mécaniques, ou en raison du retard d'une automobile privée si le retard est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvé par un rapport de police); dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ;
- b) la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées d'avance à l'égard du voyage projeté si le transporteur à horaire fixe de correspondance est retardé par des conditions atmosphériques pour une période représentant au moins 30 % du nombre total de jours du voyage et que la personne assurée choisisse de ne pas partir ou de ne pas continuer le voyage;
- c) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par un transporteur à horaire fixe par la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage devient malade ou subit une blessure (il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé).

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

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

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- b) la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.).

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

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

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

Sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes, l'assurance en vertu de ce régime se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite. Vous pouvez alors vous assurer, vous et vos personnes à charge, en vertu du régime individuel d'assurance maladie complémentaire à l'intention des personnes retraitées (Passeport assurance santé).

▪ **EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE (RÉGIME A)**

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

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

- a) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;
- b) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- c) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- d) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- e) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où vous résidez ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- f) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- g) pour des soins dentaires;
- h) pour des soins de chirurgie esthétique;
- i) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- j) en relation avec la thermographie;
- k) pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire ou pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- l) pour des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;

- m) pour des services, des médicaments ou des produits antitabagiques qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments.

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

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

Exclusions applicables à l'assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec la firme d'assistance-voyage et qu'elle ne le fait pas, le remboursement de certains frais peut être refusé. En plus de lui éviter ce désagrément, cette communication permettra à la personne assurée de prendre connaissance des restrictions et limites concernant son assurance voyage.

Les exclusions s'appliquant aux régimes obligatoire (Régime A) et facultatif (Régime B) d'assurance accident-maladie s'appliquent également à l'assurance voyage. De plus, aucune des sommes prévues par l'assurance voyage n'est versée dans les cas suivants :

- a) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- b) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une situation urgente résultant d'une maladie subite ou d'un accident.

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune des sommes prévues par l'assurance annulation de voyage n'est versée dans les cas suivants :

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) pour les personnes qui ont entre 61 ans et 75 ans dont le voyage est d'une durée n'excédant pas 45 jours et pour les personnes de 60 ans ou moins, lorsque la maladie ou la blessure entraînant des frais est en relation avec une condition médicale pour laquelle la personne a déjà consulté un médecin, été sous traitement, pris des médicaments ou été avisée de le faire au cours des 3 mois qui précèdent l'achat du voyage; cette restriction ne s'applique pas si cette condition médicale a débuté plus de 3 mois avant l'achat du voyage et est demeurée stable et sous contrôle au cours de ces 3 mois;
- d) pour les personnes qui ont entre 61 ans et 75 ans et dont le voyage est d'une durée de 46 jours ou plus et pour les personnes de 76 ans ou plus, lorsque la maladie ou la blessure entraînant des frais est en relation avec une condition médicale pour laquelle la personne a déjà consulté un médecin, été sous traitement, pris des médicaments ou été avisée de le faire au cours des 12 mois qui précèdent l'achat du voyage; cette restriction ne s'applique pas si cette condition médicale a débuté plus de 12 mois avant l'achat du voyage, si elle est demeurée stable et sous contrôle au cours des 12 mois précédant l'achat du voyage et s'il ne s'agit pas de l'une des conditions médicales suivantes : maladie pulmonaire obstructive chronique, infarctus, angine, accident cérébro-vasculaire, tumeur maligne; cependant, les conditions médicales énumérées précédemment ne sont pas prises en considération si elles ont débuté plus de 36 mois avant l'achat du voyage et sont demeurées stables et sous contrôle au cours des 36 derniers mois;

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

- l) pour tout accident résultant d'une insurrection, d'une guerre ou d'un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, de la participation active de la personne assurée à tout acte criminel, ou d'une émeute si celle-ci est survenue dans un pays que le gouvernement du Canada déconseillait comme destination avant la date de début du voyage;
- m) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé.

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

Pour le présent contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 \$ CAN pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (RÉGIME B)

▪ FRAIS HOSPITALIERS

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

▪ FRAIS PARAMÉDICAUX

Lorsque, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, vous devez engager des frais admissibles pour vous-même ou l'une de vos personnes à charge assurée en vertu du Régime B, l'assureur rembourse 80 % des frais engagés à cet égard, (50 % pour ce qui est des honoraires de psychologue) selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Les frais admissibles sont les frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus. Les frais doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge.

Les frais admissibles sont les suivants :

- a) Les frais engagés pour les services à domicile d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé lorsque prescrits par un médecin pour raisons médicales justifiables, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle. Les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

- b) Les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles ou pour la réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire, à condition que ces dommages soient subis après le début de l'assurance et pourvu que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident; il est toutefois entendu que les frais reliés à un implant ne sont pas admissibles.
- c) Les frais de séjour dans une clinique ou une maison de convalescence reconnue par l'assureur jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour par personne assurée, pour une durée maximale de 60 jours par année civile.
- d) Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la suite d'un accident survenu après le début de l'assurance.
- e) Les honoraires professionnels de chiropraticien, d'ostéopathe, de naturopathe, de podiatre, d'homéopathe, d'acupuncteur et de massothérapeute, à raison d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités, à condition que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle et étant entendu que les examens aux rayons X et les examens fluoroscopiques effectués en chiropractie sont couverts jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais admissibles par année civile par personne assurée; les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles.
- f) Les honoraires professionnels de diététiste, sur recommandation médicale, à raison d'un montant admissible de 30 \$ pour la première visite et de 15 \$ pour chaque visite subséquente et jusqu'à concurrence de 6 visites par année civile par personne assurée. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle respective et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.

- g) Sur recommandation médicale, les frais de location ou d'achat d'appareils thérapeutiques, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement viager de 10 000 \$ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend, par exemple, les appareils d'aérosolthérapie, les stimulateurs de consolidation de fractures, les pompes à insuline, les vêtements pour le traitement des brûlures et les neurostimulateurs percutanés, etc. Par contre, les accessoires domestiques (tels purificateur d'air, humidificateur, etc.) et les appareils de contrôle (tel stéthoscope, etc.) ne sont pas considérés comme admissibles.
- h) L'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réfectomètre) sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.
- i) Les honoraires professionnels de psychologue licencié, remboursés à 50 % au lieu de 80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 350 \$ par année civile par personne assurée. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle respective et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.

Sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes, l'assurance en vertu de ce régime se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite. Vous pouvez alors vous assurer, vous et vos personnes à charge, en vertu du régime individuel d'assurance maladie complémentaire à l'intention des personnes retraitées (Passeport assurance santé).

▪ **EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (RÉGIME B)**

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

- a) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;

- b) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- c) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- d) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- e) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où vous résidez ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- f) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- g) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus au paragraphe b) de la section **FRAIS PARAMÉDICAUX**;
- h) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- i) pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire ou pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- j) pour des lunettes et lentilles cornéennes;
- k) pour des services ou des produits antitabagiques.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE (RÉGIME C)

▪ ASSURANCE VIE DE BASE

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

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

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

Droit de transformation

Si vous avez moins de 50 ans lorsque votre assurance se termine et que vous n'êtes pas alors admissible à l'assurance des personnes retraitées, vous pouvez, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de votre assurance et sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité, transformer votre assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie d'assurance en cas d'accident, selon la protection d'assurance collective que vous déteniez jusque-là. Pour la première année du contrat individuel, vous pouvez payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi.

Si vous avez 50 ans ou plus lorsque votre assurance se termine, vous êtes alors admissible au régime collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées et pouvez vous assurer en vertu de ce régime en remplissant les formulaires appropriés.

▪ ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

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

Tableau des pertes

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

Par perte d'une main ou d'un pied, on entend la perte complète et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied.

Par perte d'un œil, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue d'un œil.

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

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

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

▪ ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

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

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Votre assurance vie additionnelle se termine au plus tard lorsque vous atteignez 65 ans. **Toutefois, si vous quittez votre emploi avant l'âge de 65 ans, vous pouvez transformer votre assurance vie additionnelle aux mêmes conditions que votre assurance vie de base.**

▪ ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES

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

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et l'assurance vie additionnelle. Vous pouvez choisir un montant d'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles égal à 1 fois, 2 fois ou 3 fois votre traitement annuel. Toutefois, ce montant doit être égal ou inférieur au montant d'assurance vie additionnelle que vous détenez.

Tableau des pertes

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

Par perte d'une main ou d'un pied, on entend la perte complète et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied.

Par perte d'un œil, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue d'un œil.

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

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

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous atteignez 65 ans.

▪ ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT

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

La somme assurée payable au décès de la conjointe ou du conjoint est réduite à 10 000 \$ lorsque vous atteignez 65 ans.

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et fournir, pour votre conjointe ou conjoint, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite. Vous pouvez alors assurer votre conjointe ou conjoint en vertu de votre régime collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées.

Droit de transformation

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

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

▪ ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE

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

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base.

La somme assurée en vertu de cette garantie est payable, dans l'ordre, soit à vous-même, soit à votre conjointe ou conjoint, soit aux héritiers légaux de l'enfant à charge décédé.

Cette assurance s'applique uniquement à compter du lendemain de la naissance ou de l'adoption de l'enfant à charge.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

▪ EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES (RÉGIME C)

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

- a) lorsque vous exercez une fonction de membre d'équipage d'aéronef, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment où vous exercez ladite fonction de membre d'équipage;
- b) en raison d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- c) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;
- d) à la suite d'automutilation volontaire ou de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non;

- e) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;
- f) par suite de participation à un acte criminel ou à un attentat quelconque;
- g) pendant que vous êtes en service actif dans les forces armées.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE-TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE (RÉGIME D)

Lorsque vous devenez totalement invalide et si vous demeurez totalement invalide, vous avez droit au paiement d'une rente mensuelle après une certaine période, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

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

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

L'invalidité totale prend fin lorsque vous êtes incapable ou refusez de fournir des preuves satisfaisantes de votre invalidité totale.

Rente mensuelle : 87,5 % de votre traitement mensuel net à la date d'épuisement de vos congés de maladie accumulés. Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées à cet effet à l'article «Coordination» ci-après et il est déterminé en tenant compte des prestations payables en vertu du régime d'assurance-traitement de l'employeur, que ces prestations soient payées ou non.

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

Durée maximale des prestations : jusqu'à 65 ans.

Indexation de la rente : 3 %, le premier janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente.

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

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous atteignez 64 ans.

Modalité spéciale pour le personnel occasionnel

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

Modalités spéciales pour le personnel saisonnier

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

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

Coordination

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

- a) le régime d'assurance-traitement de l'employeur;
- b) la commission de la Santé et de la Sécurité du travail;
- c) le régime de rentes du Québec;
- d) le régime de pensions du Canada;
- e) la société de l'assurance-automobile du Québec;
- f) toute police d'assurance collective;
- g) tout régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic.

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

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

Aucune rente n'est payable après la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.

Emploi de réadaptation

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

Emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement

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

Alcoolisme et toxicomanie

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

▪ EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE-TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE (RÉGIME D)

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

- a) pour des invalidités totales survenues par suite d'automutilation volontaire, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- b) pour des invalidités totales survenues par suite d'une guerre ou par suite de votre participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;
- c) pour des invalidités totales survenues par suite de votre participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- d) pour des invalidités totales survenues pendant que vous êtes en service actif dans les forces armées;
- e) pour des invalidités totales survenues pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions prévues au présent régime;
- f) si vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin.

Représentation graphique de l'application de l'assurance-traitement pour une personne détenant un emploi permanent régulier à temps plein et dont l'invalidité totale se poursuit au sens du contrat.

<u>P1</u>	Congés de maladie	Début de l'invalidité. Période d'utilisation des congés de maladie accumulés (minimum 5 jours ouvrables).
<u>P2</u>	12 mois	Début des prestations payables par l'employeur et début du calcul de la période de 60 mois utilisée dans la définition d'invalidité totale. Durée : 12 mois.
<u>P3</u>	12 mois	Début de la 2 ^e année des prestations payables par l'employeur et début du paiement des prestations de l'assureur (le total des prestations de l'assureur et des prestations d'autres sources énumérées à la section COORDINATION atteint alors 87,5 % du traitement net que vous touchiez à la fin de la période P1). Durée : 12 mois.
<u>P4</u>	36 mois	Fin des prestations de l'employeur et début du paiement total des prestations par l'assureur (le total des prestations de l'assureur et des prestations d'autres sources énumérées à la section COORDINATION est de 87,5 % du traitement net que vous touchiez à la fin de la période P1). Durée : tant que dure l'invalidité totale, mais en aucun cas après l'âge de 65 ans.
	Nouvelle notion d'invalidité totale	Après les 36 premiers mois de la période P4 (60 mois du début de l'invalidité totale), prestations payables par l'assureur en vertu de la nouvelle notion d'invalidité totale décrite à la section DÉFINITIONS (pages 38 et 39). Âge maximal : 65 ans

Pour le personnel occasionnel ou saisonnier, des dispositions particulières s'appliquent à ces situations (voir page 31).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident : un événement soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe ou à une noyade ou à une asphyxie accidentelle et qui occasionne, directement ou indépendamment de toute autre cause des lésions corporelles.

Adhérent : employé assuré en vertu du présent régime.

Âge : âge atteint au dernier anniversaire de naissance de la personne assurée.

Assuré : employé, sa conjointe ou son conjoint ou l'un de ses enfants à charge assuré en vertu du présent régime.

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

Comité : comité qui, conformément à la convention constituant le Comité des assurances du SFPQ et de certains autres syndicats de la fonction publique, est responsable de l'établissement et de la mise en application des divers régimes d'assurance collective prévus aux conventions collectives en vigueur.

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

Conjointe ou conjoint : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) vous est unie par les liens d'un mariage légalement reconnu au Québec;
- b) vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois et n'est pas séparée de vous depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de votre union;
- c) vit maritalement avec vous, a eu un enfant avec vous et n'est pas séparée de vous depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de votre union.

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

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit que vous avez fait parvenir à l'assureur, sous réserve de l'acceptation des preuves d'assurabilité exigibles en vertu du contrat;
- b) le conjoint à qui vous êtes uni par les liens du mariage.

Convention collective : entente intervenue à titre de convention collective entre l'employeur et chacun des syndicats qui sont partie au Comité des assurances.

Défaillance : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière.

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

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

Employé occasionnel admissible aux assurances : toute personne engagée par contrat pour une durée d'un an ou plus, ainsi que toute personne qui, à titre d'employé saisonnier ou occasionnel, est inscrite sur une liste de rappel pour combler chaque année un poste d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à l'exception des personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'employé, laquelle, à la date d'entrée en vigueur du présent contrat est égale à 11,12 % de leur salaire.

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

Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 18 ans et à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exercez une autorité parentale;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exerceriez l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, elle doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale si la personne déficiente était mineure.

Fournisseur de services de voyage : agence de voyage, grossiste en voyage, organisateur de voyages à forfait et compagnie aérienne détenant un permis valide de l'Office National des Transports du Canada ainsi qu'un certificat d'exploitation valide émis par le ministère des Transports du Canada. Chacun de ces organismes doit avoir un bureau au Canada. Sont toutefois également incluses dans l'assurance les sommes déboursées par la personne assurée et qui ont trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par un fournisseur de services de voyage.

Hôpital : centre hospitalier situé au Québec (y compris un établissement auxiliaire) au sens de la Loi et des Règlements sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., ch. 5.5) ou un centre hospitalier situé à l'extérieur du Québec et reconnu comme tel par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

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

Invalidité totale : l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les soixante (60) premiers mois suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance-traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, l'«invalidité totale» est une incapacité complète de l'employé assuré, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :

- a) les 60 premiers mois suivant le début de l'invalidité totale;
- b) la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance-traitement de l'employeur.

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

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

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent régime, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin : un médecin membre en règle de sa corporation professionnelle.

Membre de la proche famille : la conjointe, le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la soeur de la personne assurée.

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

Même période d'invalidité totale : durant la période de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, des périodes successives d'invalidité interrompues par :

- a) moins de quinze (15) jours consécutifs d'emploi à plein temps **durant les 51 premières semaines** de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
- b) moins de trente (30) jours consécutifs d'emploi à plein temps **de la 52^e semaine à la 104^e semaine** de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;
- c) moins de six (6) mois consécutifs d'emploi à plein temps **après la 104^e semaine** de prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

Non-fumeur : personne qui n'a pas fait l'usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 mois qui ont immédiatement précédé le moment de la déclaration signée.

Période de paie : une période de quatorze (14) jours.

Personnes à charge : votre conjointe ou conjoint et vos enfants à charge.

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

Préretraite : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé ne travaille pas, étant entendu que sa réserve de congés de maladie s'épuise alors en fonction du nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet.

Préretraite graduelle : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période, étant entendu que la réserve de congés de maladie de l'employé sert alors à combler l'écart entre le nombre d'heures qu'il travaille réellement et le nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet; lors d'une préretraite graduelle, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.

Régime d'assurance-traitement de l'employeur : régime d'assurance-traitement de base dont les prestations, payables par l'employeur, sont décrites dans les conventions collectives de travail des syndicats qui sont partie au Comité des assurances.

Retraite graduelle : période d'au plus trois ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et reçoit de la Commission administrative des régimes de rentes et d'assurances une partie de sa rente de retraite; cette période ne peut débiter avant l'âge de 65 ans.

Retraite progressive : période d'au moins un an et d'au plus cinq ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et selon les conditions de travail applicables aux employés à temps partiel; lors d'une retraite progressive, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.

Retraité : employé qui prend sa retraite en vertu du Régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics (RREGOP), du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), du Régime de retraite des enseignants (RRE) ou du Régime de retraite des agents de la paix en service correctionnel (RRAPSC). Toutefois, dans le cas d'un adhérent au RRF, au RRE ou au RRAPSC, un retraité pour cause d'invalidité avant l'âge normal de la retraite n'est pas considéré comme retraité aux fins du présent régime mais plutôt comme une personne invalide et ce, tant qu'il a droit à l'exonération des primes en vertu du présent régime.

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

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

Stable : se dit d'une condition médicale qui ne nécessite aucune modification du traitement ou aucune augmentation des médicaments prescrits ou recommandés, ou encore de l'absence de tout symptôme qui inciterait une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin.

Traitement : ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même séance par une même catégorie de professionnels de la santé.

Traitement ou salaire brut :

- a) Pour tous les adhérents à l'exception des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :
 - i) Traitement annuel, basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de sa convention collective ou de tout règlement en tenant lieu et servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance-traitement de l'employeur, incluant le supplément prévu à la convention collective pour une semaine de travail régulièrement majorée.
 - ii) Dans tous les cas, le traitement exclut toute autre prime, allocation, rémunération additionnelle ou montant forfaitaire, à l'exception de tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions des conventions collectives.
 - iii) Toutefois, lorsque suite à l'application des dispositions d'une convention collective ou de tout règlement ou décret en tenant lieu, une partie ou la totalité de la garantie d'une augmentation de traitement est accordée sous forme de montant forfaitaire, ledit montant fait partie du traitement ou salaire de l'employé.

- b) Pour les adhérents faisant partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :
 - i) Traitement brut annuel établi en fonction de la moyenne des heures régulières travaillées et versées dans l'année civile précédente pour les employés ayant un lien d'emploi supérieur à 52 semaines à la fin de l'année civile. Le traitement annuel ne peut toutefois être inférieur au traitement de travail de 25 heures par semaine.
 - ii) Dans le cas d'un employé dont le lien d'emploi est de 52 semaines ou moins à la fin de l'année civile, la moyenne aux fins du calcul du traitement annuel sera établie sur la base de 25 heures par semaine.
 - iii) Le ministère de la Sécurité publique fournira, pour chacune des années, le traitement pour chacun des assurés et ce traitement annuel ne pourra être modifié en cours d'année.

Traitement ou salaire net :

Traitement brut moins les impôts fédéral et provincial, les cotisations à l'assurance-emploi, au régime de retraite de l'employeur et au Régime des rentes du Québec, le tout selon le statut fiscal réel de l'adhérent.

Transport public : déplacement par véhicule de transport aérien, maritime ou terrestre qui est exploité sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

Voyage : période déterminée n'excédant pas 182 jours, pour laquelle des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage.

ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à celle des dates suivantes qui s'applique dans votre cas si celle-ci est ultérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat :

- a) si vous faites partie du personnel régulier dont la semaine normale de travail est de 75 % ou plus du temps complet ou si vous êtes un professeur qui travaille à temps complet ou à mi-temps : la date à laquelle vous avez complété un mois de service continu;
- b) si vous faites partie du personnel saisonnier ou occasionnel dont la semaine normale de travail est de 75 % ou plus du temps complet : la date à laquelle vous avez complété un mois de service;
- c) si vous faites partie du personnel régulier dont la semaine normale de travail est de 25 % ou plus du temps complet mais de moins de 75 % du temps complet (à l'exception de tout professeur qui travaille à temps complet ou à mi-temps) : la date à laquelle vous avez complété 3 mois de service continu. Cependant, si vous êtes médecin, chirurgien-dentiste ou professeur : la date à laquelle vous avez complété un mois de service continu;
- d) si vous faites partie du personnel saisonnier ou occasionnel dont la semaine normale de travail est de plus de 25 % et de moins de 75 % du temps complet : la date à laquelle vous avez complété 3 mois de service;

- e) si vous faites partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel : la date à laquelle vous avez complété 480 heures de service continu.

Les personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'emploi, laquelle, à la date d'entrée en vigueur du contrat, est égale à 11,12 % de leur salaire, ne sont pas admissibles à l'assurance.

Vos personnes à charge sont admissibles, soit à la même date que vous-même si elles sont déjà vos personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.

La personne à charge qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires à celles du présent régime devient admissible à l'assurance du présent régime à la date à laquelle elle cesse d'être protégée par l'autre régime.

DEMANDES D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION

L'adhésion au régime d'assurance accident-maladie de base (Régime A) est obligatoire pour les employés et leurs personnes à charge admissibles, mais pour tous les autres régimes, elle est facultative. Pour le Régime A, la protection individuelle ne vous est offerte que si vous n'avez pas de personne à charge admissible ou si vos personnes à charge admissibles sont exemptées de s'assurer en vertu de ce régime en raison du fait qu'elles sont couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective. Autrement, si vous avez un ou des enfants à charge et n'avez pas de conjoint, vous pouvez choisir une protection monoparentale ou familiale; si vous avez un conjoint, la protection familiale est obligatoire.

Pour l'assurance accident-maladie complémentaire (Régime B), vous pouvez choisir une protection individuelle (pour vous seulement), une protection monoparentale (pour vous et vos enfants à charge seulement) ou une protection familiale (pour vous, votre conjointe ou conjoint et vos enfants à charge). Le genre de protection que vous détenez en vertu du Régime B doit toutefois être semblable, ou inférieur quant au nombre de personnes assurées, à celui que vous détenez en vertu du Régime A.

Pour adhérer aux Régimes B, C ou D, vous devez au préalable être assuré en vertu du régime obligatoire d'assurance accident-maladie de base (Régime A) ou en être exempté.

Pour être admissible à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, vous devez au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, l'admissibilité à l'assurance additionnelle en cas de mort ou de mutilation accidentelles est conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

Pour que votre conjoint soit admissible à l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint et que vos enfants soient admissibles à l'assurance vie des enfants à charge, vous devez au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.

Pour ce qui est de l'assurance-traitement en cas d'invalidité prolongée (Régime D), vous devez avoir moins de 64 ans et ne pas être retraité pour être admissible au régime. Si vous êtes un employé saisonnier, vous n'êtes pas admissible lorsque vous êtes en période de mise à pied.

Pour le Régime A

Pour adhérer à l'assurance accident-maladie de base (Régime A), vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que vous y devenez admissible. Si vous ne transmettez pas de demande d'adhésion à l'assureur, vous serez assuré d'office comme n'ayant pas de personne à charge, jusqu'à avis contraire de votre part.

Dans le cas d'une personne qui n'était pas assurée en vertu du régime de base antérieurement à sa demande d'adhésion au 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 transformation, ou autrement.

Exemption : Vous pouvez, sur avis écrit à votre employeur, choisir de ne pas participer au Régime A, à condition que vous établissiez que vous-même et vos personnes à charge êtes assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Une personne à qui a été accordée une exemption à l'égard du Régime A conserve son droit d'adhérer aux autres régimes à adhésion facultative.

Si vous avez choisi de ne pas participer au Régime A en vertu du droit d'exemption, vous pouvez y adhérer par la suite, sous réserve des dispositions suivantes :

- a) vous devez établir, à la satisfaction de l'assureur, que vous étiez antérieurement assuré en vertu du présent régime ou de tout autre régime accordant une protection similaire à celle du présent régime et qu'il vous est devenu impossible de continuer à être assuré;
- b) vous devez remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption pour que votre nouvelle assurance entre en vigueur sans délai; si vous présentez votre demande après ce délai de 31 jours, votre assurance entrera en vigueur uniquement à la date de la signature de la demande, mais jamais plus d'un mois avant la date à laquelle ladite demande parvient au siège social de l'assureur.

Adhérent âgé de 65 ans ou plus :

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, vous pouvez, en avisant l'assureur par écrit au préalable, choisir de demeurer assuré en vertu du Régime A. Dans ce cas, vous devez vous désengager auprès de la RAMQ pour les médicaments. Vous pouvez également choisir de demeurer inscrit au régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments. Dans ce dernier cas, votre assurance, en vertu du Régime A, de même que celle de vos personnes à charge, s'il y a lieu, est résiliée. Si vous choisissez de vous assurer auprès de la RAMQ, vous ne pouvez plus par la suite modifier votre choix à cet égard.

Pour vos personnes à charge

Vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que vos personnes à charge deviennent admissibles au régime ou dans les 31 jours qui suivent la date de cessation de l'assurance en vertu d'un régime comportant des protections similaires. L'assurance de vos personnes à charge entre en vigueur sans délai si la demande est faite au cours des 31 jours en question; si la demande est faite par la suite, l'assurance n'entrera en vigueur qu'à la date de signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant sa date de réception par l'assureur. Si vous détenez déjà l'assurance des personnes à charge, tout nouvel enfant à charge est assuré d'office.

Conjointe ou conjoint âgé de 65 ans ou plus :

Si votre conjointe ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans, cette personne devient automatiquement assurée par le régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments pour la partie médicaments. Elle peut cependant choisir de demeurer assurée en vertu du Régime A. Dans ce cas, vous devez transmettre, dans les 31 jours qui suivent son 65^e anniversaire, un avis écrit à l'assureur, accompagné d'une confirmation de votre conjointe ou de votre conjoint à l'effet que son assurance a été résiliée auprès de la RAMQ.

Si votre conjointe ou votre conjoint choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, cette personne ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par le régime si vous n'y êtes pas vous-même assuré.

Pour les Régimes B, C et D

Si vous êtes admissible aux Régimes B, C et D et que vous désirez vous assurer, vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible. Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après l'expiration de cette période de 31 jours, vous devez fournir, à vos frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. De même, si vous désirez adhérer à nouveau après avoir cessé de participer à ce régime, des preuves d'assurabilité seront requises.

Pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont toujours exigées. Toutefois, s'il s'agit d'une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe 1, alinéa 3, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour une somme équivalant à celle qui était détenue immédiatement avant l'inclusion, à condition que la demande d'adhésion soit présentée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'inclusion.

Pour vos personnes à charge **(Régime B)**

Si vous désirez assurer vos personnes à charge en vertu du Régime B, vous devez en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance ou cessent d'être assurées en vertu d'un régime comportant des protections similaires. Si la demande parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, vous devez fournir, à vos frais, pour vos personnes à charge, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Si vous détenez déjà l'assurance des personnes à charge, tout nouvel enfant à charge est assuré d'office.

Pour vos personnes à charge **(Régime C)**

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

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

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE

Pour le Régime A

- 1) Votre assurance entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible, si vous êtes alors au travail ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être. L'adhésion à l'assurance est obligatoire si vous remplissez les conditions d'admission.

- 2) Si vous étiez exempté de participer au régime de base, l'assurance entre en vigueur dès qu'a cessé l'assurance qui a donné lieu à l'exemption si la demande a été présentée dans les délais prescrits et la première prime est alors payable à compter de la période de paie suivante; si la demande est présentée plus de 31 jours après la cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, l'assurance entrera en vigueur à la date de la signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant la date de sa réception par l'assureur.
- 3) Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour où, en plus de satisfaire aux conditions d'admission, vous retournez au travail et vous vous acquittez de toutes vos fonctions.

Pour les Régimes B, C et D (à l'exception de l'assurance vie additionnelle et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles)

Votre assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, si vous êtes alors au travail ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être :

- a) la date à laquelle vous y devenez admissible;
- b) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie par l'employé. Toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur à la date du début de la 2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie par l'employé, en autant que les preuves soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour où vous retournez au travail et êtes en mesure de vous acquitter de toutes vos fonctions.

Pour l'assurance vie additionnelle et l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles

L'assurance vie additionnelle de tout employé admissible entre en vigueur à la date du début de la 2^e période de paie qui suit l'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises, si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie par l'employé; toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur à la date du début de la 2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie par l'employé, en autant que les preuves fournies soient ultérieurement acceptées par l'assureur. Il en est de même de votre assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles si la demande est faite au même moment que l'assurance vie additionnelle. Toutefois, si la demande est faite après, ladite protection entre alors en vigueur à la date du début de la 1^{re} période de paie qui suit la période de 3 mois suivant immédiatement la date de réception de la demande par l'employeur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour où vous retournez au travail et êtes en mesure de vous acquitter de toutes vos fonctions.

Pour vos personnes à charge **(Régimes A et B)**

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

- a) la date du début de votre assurance si vous demandez l'assurance des personnes à charge au moment où vous vous assurez;
- b) pour le Régime A seulement, la date à laquelle vous remplissez la demande d'assurance des personnes à charge si vous ne l'aviez pas remplie lors de votre adhésion et si l'assureur en est avisé plus de 31 jours après la date de votre admissibilité;
- c) la date à laquelle la conjointe ou le conjoint devient admissible à l'assurance si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de son admissibilité;

- d) la date de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge;
- e) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les personnes à charge, le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve fournie pour ces personnes à charge; toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur à la date du début de la 2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie pour les personnes à charge, en autant que les preuves fournies soient ultérieurement acceptées par l'assureur. (Aucune preuve d'assurabilité n'est exigible en vertu du Régime A).

Pour vos enfants à charge **(Régime C)**

L'assurance vie de tout enfant à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date du début de votre assurance si vous demandez l'assurance vie des enfants à charge au moment où vous vous assurez;
- b) le lendemain de la naissance ou de l'adoption de votre premier enfant si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de la naissance ou de l'adoption;
- c) le lendemain de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge;
- d) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les enfants à charge, le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les enfants à charge, la date du début de la 2^e période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve fournie pour les enfants à charge; toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur à la date du début de la

2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie pour les enfants à charge, en autant que les preuves fournies soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

Pour votre conjointe ou conjoint **(Régime C)**

L'assurance vie de votre conjointe ou conjoint entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie pour la conjointe ou le conjoint; toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur à la date du début de la 2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie pour la conjointe ou le conjoint, en autant que les preuves fournies soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

CHANGEMENT DE PROTECTION

Pour le Régime A

Si vous détenez une protection individuelle et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale, vous devez présenter votre demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de vos enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

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

Si vous avez une protection familiale et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle, ou si vous détenez une protection monoparentale et désirez la modifier pour une protection individuelle, vous devez en faire la demande auprès de votre employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

Pour le Régime B

Si vous détenez une protection individuelle et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale sans preuve d'assurabilité, vous devez présenter votre demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de vos enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, vous devez fournir, à vos frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à charge que vous désirez assurer en vertu du Régime B.

Si vous avez une protection familiale et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle ou si vous avez une protection monoparentale et désirez la modifier pour une protection individuelle, vous devez en faire la demande auprès de votre employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débiter la nouvelle protection.

Pour le Régime C

Toute modification de la somme assurée en vertu du régime d'assurance vie de base, y compris toute diminution résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si vous êtes alors au travail, ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être, sinon à la date de votre retour au travail.

Si vous désirez augmenter votre somme assurée d'assurance vie additionnelle ou augmenter l'assurance vie de votre conjointe ou conjoint, vous devez remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Dans pareil cas, toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant l'avis d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises si lesdites preuves sont acceptées à l'intérieur d'un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve fournie; toutefois, si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées à l'intérieur de cette période de 30 jours, l'assurance entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie qui suit la période de 30 jours suivant la réception par l'assureur de la dernière preuve fournie, en autant que les preuves fournies soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

Dans le cas d'une diminution du montant d'assurance vie, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le 1^{er} jour de la 2^e période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à l'assureur avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

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

Pour le Régime D

Toutes modifications des indemnités, y compris toute diminution résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si vous êtes alors au travail, ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être, sinon à la date de votre retour au travail.

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque vous devenez totalement invalide, toutes vos garanties sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter de la date d'épuisement de vos jours de congé de maladie accumulés et aussi longtemps que dure cette invalidité totale par la suite. Toutefois, si l'invalidité totale est reconnue par la Loi sur l'assurance-automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes commence à la date à laquelle vous cessez de travailler en raison de votre invalidité totale.

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

- a) la date à laquelle vous êtes incapable ou refusez de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de votre invalidité totale;
- b) en ce qui concerne les Régimes A et B, 36 mois après le début de l'exonération des primes. Si à cette date, vous êtes toujours en lien d'emploi, vous devez alors payer la totalité des primes du Régime A directement à l'assureur (le maintien de la participation au Régime B étant facultatif). Par contre, s'il y a rupture du lien d'emploi, vous devenez alors admissible au régime individuel à l'intention des personnes retraitées (Passeport assurance santé).
- c) la plus tardive des dates qui suivent en ce qui concerne le Régime C :
 - i) la date à laquelle vous atteignez 65 ans;
 - ii) la date à partir de laquelle vous n'avez plus droit aux prestations d'assurance-traitement de l'employeur;
- d) la date à laquelle vous atteignez 65 ans, en ce qui concerne le Régime D.

Nonobstant ce qui est indiqué précédemment, si vous êtes toujours invalide lors de la fin du contrat, vos régimes d'assurance accident-maladie de base et d'assurance accident-maladie complémentaire se terminent à la date de la fin du contrat.

ABSENCE SANS TRAITEMENT

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

- 1) Dans le cas de grève, lock-out, congé sans solde, congé à traitement différé et mise à pied temporaire :
 - a) vous **devez** conserver votre assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance accident-maladie de base (Régime A) durant la période d'absence. Vous devez acquitter les primes nécessaires, incluant la part de l'employeur, dans les délais requis;
 - b) vous pouvez également, si vous le désirez, conserver les protections que vous détenez en vertu des autres régimes. Pour ce faire, vous devez en faire la demande écrite dans les 31 jours qui suivent la date du début de l'absence. Vous devez acquitter les primes nécessaires dans les délais requis.

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

- 2) **Pour le personnel saisonnier**, dans le cas d'une mise à pied temporaire vous devez choisir entre :
 - a) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, sauf le régime facultatif d'assurance-traitement en cas d'invalidité de longue durée (Régime D);
 - b) ne maintenir que le régime obligatoire d'assurance accident-maladie de base (Régime A).

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

- 3) En cas de suspension ou de congédiement contesté par grief, vous devez choisir entre :
- a) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, sauf le Régime D;
 - b) ne maintenir que le régime obligatoire d'assurance accident-maladie de base (Régime A).

Nonobstant toute autre disposition quant aux absences sans traitement, si la sentence vous est favorable, le Régime D est remis en vigueur rétroactivement à la date effective de la suspension ou du congédiement, tant au point de vue de la protection que du paiement des primes.

- 4) Toute invalidité totale débutant durant une grève ou un lock-out est considérée comme ayant débuté à la date de retour au travail suivant la terminaison de la grève ou du lock-out, en autant que vous ayez maintenu votre Régime D. Les autres régimes demeurent en vigueur en autant que la prime requise soit acquittée dans les délais requis.
- 5) Si vous vous prévalez des dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit, tous vos régimes d'assurance collective demeurent en vigueur, même pendant la période d'absence. Pour les Régimes A et B, les primes sont payables en totalité, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Pour les Régimes C et D, les dispositions suivantes s'appliquent :

➤ Pour le Régime C :

- a) si vous participez à un régime de retraite progressive ou de retraite graduelle, les primes et les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;

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

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

FIN DE L'ASSURANCE

Sous réserve de ce qui est prévu en cas d'exonération des primes, votre assurance et celle de vos personnes à charge prennent fin à 24 h à la première des dates mentionnées aux pages 60 et 61 :

Régimes	Date de fin de l'assurance	À noter
A, B, C, D	la date de la fin du contrat	
A, B, C, D	la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour la personne concernée	
A, B, C, D	le dernier jour de la période de paie durant laquelle vous quittez votre emploi sous réserve du droit de transformation prévu aux Régimes A, B et C	la mutation d'un employé d'un ministère ou organisme à un autre n'est pas considérée comme une cessation d'emploi
A, B, C, D	le dernier jour de la période de paie suivant votre retraite	l'employé qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération de la prime
A	le 1 ^{er} jour de la 2 ^e période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez l'exemption au régime	pourvu que l'assureur en soit avisé au plus tard au moment où l'assurance doit prendre fin

Régimes	Date de fin de l'assurance	À noter
B, C, D	le 1 ^{er} jour de la 2 ^e période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez d'annuler votre assurance ou celle de vos personnes à charge	pourvu que l'assureur en soit avisé au plus tard au moment où l'assurance doit prendre fin
A, B, C	la date à laquelle la personne concernée cesse d'être admissible, pour ce qui est de l'assurance des personnes à charge	
A	la date à laquelle vous devenez assuré en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments. S'applique également à une personne à charge qui devient assurée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments	
C	en plus des dates ci-dessus mentionnées, la date à laquelle vous atteignez 65 ans pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles	
D	la date à laquelle vous atteignez 64 ans	

DROIT DE TRANSFORMATION POUR L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE

Pendant que le contrat est en vigueur, si vos garanties d'assurance accident-maladie de base et complémentaire, s'il y a lieu, prennent fin parce que vous cessez d'y être admissible pour une autre raison que la prise de votre retraite, vous pouvez, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de votre assurance, obtenir un contrat individuel d'assurance accident-maladie sans médicaments d'un genre alors émis par l'assureur, sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité.

Ce droit de transformation peut également être exercé aux mêmes conditions par toute personne à charge dont l'assurance prend fin pour une des raisons suivantes :

- a) votre décès;
- b) elle cesse d'être une personne à charge au sens du contrat.

N.B. Lorsque vous prenez votre retraite, vous pouvez vous assurer, vous et vos personnes à charge, en vertu du régime individuel d'assurance accident-maladie des personnes retraitées (Passport assurance santé), si votre demande est faite dans les 31 jours suivant votre retraite et ce, sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité.

DROIT DE TRANSFORMATION POUR L'ASSURANCE VIE

Vous trouverez les informations relatives au droit de transformation dans la description du régime facultatif d'assurance vie (Régime C).

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par les régimes décrits dans le présent document, les dispositions de ces régimes continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu des régimes soient modifiés en conséquence.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, vous ou l'une de vos personnes à charge avez droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles vous auriez eu droit si une demande de règlement avait été soumise à votre égard.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si votre assurance se termine pendant que vous êtes totalement invalide, ou que l'une de vos personnes à charge assurée est hospitalisée, vous pouvez avoir droit au remboursement d'une partie des frais engagés selon les dispositions prévues au contrat.

Si vous décédez lorsque vos personnes à charge assurées sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence, leur couverture d'assurance voyage peut se poursuivre pendant un certain temps, selon les dispositions du contrat.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE

Le bénéficiaire est celui que l'adhérent a désigné lors de sa demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur une demande écrite signée par lui-même et déposée au siège social de l'assureur. En l'absence de toute désignation faite par l'adhérent, tout montant payable au décès d'un adhérent est versé à ses ayants droit.

Le montant de protection contre la mort ou la mutilation accidentelles payable pour une perte autre que celle de la vie est réservé à l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Vous pouvez vous procurer ces formulaires auprès de votre employeur.

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

Tout paiement prévu en vertu du présent régime d'assurance collective est effectué en monnaie canadienne.

En cas d'invalidité, de décès ou de mutilation

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations.

Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

En cas de frais d'accident-maladie

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

Pour vos demandes de prestations de médicaments, vous pouvez utiliser votre carte de paiement de médicaments, auquel cas vous n'avez pas à transmettre de demande à l'assureur pour obtenir votre remboursement. Lorsque vous avez recours à ce service, l'assureur vous rembourse dès que le total du remboursement de frais de médicaments auquel vous avez droit (pour vous-même et pour vos personnes à charge assurées s'il y a lieu) atteint 50 \$, ou dès qu'une période de 30 jours s'est écoulée depuis la date de votre dernier remboursement de frais de médicaments si la limite de 50 \$ n'est pas encore atteinte à la fin de ces 30 jours. Veuillez toutefois noter que vous ne devez pas utiliser votre carte pour les demandes de remboursements des produits mentionnés aux alinéas i), ii), iii) et iv) du sous-paragraphe b) de la section **FRAIS DE MÉDICAMENTS** du Régime A.

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

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

Toute demande de prestations dûment remplie doit être adressée à :

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

Si vous devez communiquer
avec l'assureur par téléphone,
le numéro à composer dépend de
l'endroit où vous vous trouvez.

Pour les appels sans frais provenant :
de la région de Québec
(418) 838-7843
de la région de Montréal
(514) 285-7843

Pour les autres appels :
1 800 463-7843



Desjardins
Sécurité financière^{MC}
vie, santé, retraite