

**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE**



Police 40A00
Employés actifs
VILLE DE GATINEAU
1^{er} janvier 2015

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

VILLE DE GATINEAU

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2015
pour les adhérents suivants :**

Classe : Employés

Numéro de police : 40A00

Protection des renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements concernant leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que l'adhérent aura autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie, notamment pour traiter la plupart des demandes de prestations de médicaments, de soins dentaires et d'assurance voyage. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, par exemple en utilisant sa carte d'assurance médicaments, elle consent à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à son égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de l'assurance et la qualité des services que SSQ peut offrir.

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site www.ssq.ca.

Note : Dans le présent document, le genre masculin désigne tant les femmes que les hommes et est utilisé sans aucune discrimination, dans le seul but d'alléger le texte de la police.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES PROTECTIONS	1
CLAUSE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
1. Monnaie	1
2. Limitation des engagements contractuels.....	1
3. Service de résolution des problèmes (assurance invalidité de longue durée).....	1
CLAUSE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	3
1. Règles générales de révision des choix de l'employé lors de la période annuelle d'adhésion.....	3
2. Adhésion facultative - élus municipaux	3
3. Adhérents de l'ex-Ville de Gatineau	3
4. Admissibilité au Compte de remboursement de soins de santé (CRSS)4	
CLAUSE 3 - DÉFINITIONS	5
CLAUSE 4 - ADMISSIBILITÉ.....	12
1. Admissibilité de l'adhérent à l'assurance	12
2. Admissibilité du conjoint et des enfants à charge	12
3. Participation à l'assurance	12
4. Preuves d'assurabilité.....	12
CLAUSE 5 - DEMANDE D'ADHÉSION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE	13
1. Pour l'adhérent	13
2. Pour le conjoint et les enfants à charge	13
3. Heure d'entrée en vigueur	14

4.	Événements modifiant la situation familiale ou professionnelle de l'adhérent	14
5.	Montants d'assurance lorsque l'employé est invalide	15
CLAUSE 6 -	TERMINAISON DE L'ASSURANCE.....	16
1.	Terminaison de l'assurance de l'adhérent	16
2.	Terminaison de l'assurance du conjoint et des enfants à charge.....	16
CLAUSE 7 -	MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION TEMPORAIRE D'EMPLOI.....	18
1.	Congé pour raisons familiales ou parentales	18
2.	Congé non payé	19
3.	Suspension ou congédiement contesté	19
4.	Grève, lock-out ou mise à pied temporaire	20
CLAUSE 8 -	PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	22
1.	Paiement des prestations	22
2.	Preuves, dossiers et examens par un professionnel de la santé.....	22
3.	Montant des primes	22
4.	Responsabilité civile et subrogation	22
CLAUSE 9 -	TRANSFERT D'ASSUREUR	24
1.	Assurance vie et assurance invalidité de longue durée	24
2.	Assurance soins médicaux et assurance soins dentaires	24
CLAUSE 10 -	EXONÉRATION DE PRIMES	25
1.	Admissibilité.....	25
2.	Début et fin de l'exonération de primes par garantie.....	26
3.	Demande d'exonération, preuves et examens.....	29
4.	Terminaison	29
CLAUSE 11 -	ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	31

1.	Portée de la garantie.....	31
2.	Montant d'assurance.....	31
3.	Définition de non-fumeur.....	32
4.	Désignation de bénéficiaire.....	32
5.	Prestation partielle anticipée (du vivant de l'adhérent).....	32
6.	Demande de prestations et preuves.....	33
7.	Exclusion en cas de suicide.....	33
8.	Droit de transformation.....	34
CLAUSE 12 -	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	36
1.	Portée de la garantie.....	36
2.	Montant d'assurance.....	36
3.	Définition de non-fumeur.....	36
4.	Demande de prestations et preuves.....	37
5.	Exclusion en cas de suicide.....	37
6.	Droit de transformation.....	37
7.	Prolongation de la protection à la suite du décès de l'adhérent.....	40
CLAUSE 13 -	ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	41
1.	Portée de la garantie.....	41
2.	Calcul des prestations.....	41
3.	Gestion de l'invalidité.....	43
4.	Demande de prestations, preuves et examens.....	45
5.	Cessation temporaire d'emploi.....	46
6.	Pluralité des garanties d'assurance invalidité.....	47
7.	Exclusions.....	47
	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX	48
CLAUSE 14 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	48
1.	Portée de la garantie.....	48

2.	Calcul du remboursement	48
3.	Droit d'exemption	49
4.	Droit de transformation pour les employés	49
6.	Frais relatifs à un accident du travail ou d'automobile	50
7.	Frais médicaux couverts par les gouvernements provincial et fédéral.	50
8.	Protection multiple et coordination des prestations.....	50
9.	Délai pour soumettre une demande de prestations.....	51
10.	Exclusions	51
11.	Prolongation de la protection.....	52
CLAUSE 15 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - CHAMBRE D'HÔPITAL AU CANADA...	53
1.	Frais admissibles	53
2.	Demande de prestations	53
3.	Exclusions	53
CLAUSE 16 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - MÉDICAMENTS	54
1.	Frais admissibles	54
2.	Demande de prestations	54
3.	Exclusions	56
CLAUSE 17 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	58
1.	Frais admissibles	58
2.	Demande de prestations	60
CLAUSE 18 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - SOINS DE LA VUE (SOINS MÉDICAUX OPTIONNELS SEULEMENT)	62
1.	Frais admissibles	62
2.	Demande de prestations	62
CLAUSE 19 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - AUTRES FRAIS MÉDICAUX	64
1.	Frais admissibles	64

2.	Demande de prestations	70
CLAUSE 20 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE	72
1.	Portée de la garantie.....	72
2.	Maladie subite et inattendue	72
3.	Frais admissibles	73
4.	Coordination et réduction des prestations	78
5.	Exclusions spécifiques à l'assurance voyage.....	78
6.	Demande de prestations	79
CLAUSE 21 -	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE⁸¹	
1.	Portée	81
2.	Définitions.....	81
3.	Causes d'annulation admissibles	83
4.	Frais admissibles	85
5.	Coordination et réduction des prestations	87
6.	Limitations.....	87
7.	Exclusions spécifiques à l'assurance annulation de voyage.....	88
8.	Demande de prestations	89
CLAUSE 22 -	ASSURANCE SOINS DENTAIRES OPTIONNELLE	91
1.	Portée de la garantie.....	91
2.	Calcul du remboursement	91
3.	Frais admissibles	92
4.	Restrictions	99
5.	Évaluation préalable des prestations.....	100
6.	Demande de prestations	100
7.	Protection multiple et coordination des prestations.....	100
8.	Délai pour soumettre une demande de prestations	101

9. Exclusions	101
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	104
ANNEXE I - COMPTE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ.....	1

RÉSUMÉ DES PROTECTIONS

Ce résumé des protections décrit brièvement les garanties d'assurance collective qui sont offertes par le présent régime d'assurance collective.

Preneur	VILLE DE GATINEAU
Numéros et noms des groupes	40A00 - Cadres et élus municipaux (soins médicaux de base)
	40A01 - Cadres et élus municipaux (soins médicaux optionnels)
	40A10 - Cols bleus (soins médicaux de base)
	40A11 - Cols bleus (soins médicaux optionnels)
	40A20 - Pompiers (soins médicaux de base)
	40A21 - Pompiers (soins médicaux optionnels)
	40A40 - Cols blancs (soins médicaux de base)
	40A41 - Cols blancs (soins médicaux optionnels)
	40A50 - Cols blancs – Maison de la culture (soins médicaux de base)
	40A51 - Cols blancs – Maison de la culture (soins médicaux optionnels)
	40A60 - Cols blancs – Aéroport (soins médicaux de base)
	40A61 - Cols blancs – Aéroport (soins médicaux optionnels)
	40A86 - Cadres syndiqués (soins médicaux de base; groupe en vigueur le 17 avril 2012)
	40A87 - Cadres syndiqués (soins médicaux optionnels; groupe en vigueur le 17 avril 2012)
	40A88 - Cadres syndiqués (soins médicaux de base sans compte de remboursement de soins de santé (CRSS); groupe en vigueur le 17 avril 2012)
	14X40 - Cols blancs de moins de 65 ans avec droits acquis (soins médicaux optionnels; groupe en vigueur le 1 ^{er} novembre 2014)

Date d'entrée en vigueur du présent document	1 ^{er} janvier 2015
Catégorie de personnes admissibles	Les élus municipaux ainsi que les employés travaillant au moins 20 heures par semaine pour le preneur à titre d'employés permanents, d'employés contractuels, d'employés temporaires à court terme faisant partie du Regroupement des professionnels ou d'employés temporaires à long terme.
Date d'admissibilité	Le premier jour de travail

Notes :

Admissibilité à l'assurance

Transfert de l'adhérent à la retraite

Le Preneur doit aviser SSQ de la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite afin qu'il soit transféré dans le groupe prévu pour les retraités.

Admissibilité des employés temporaires

Les employés temporaires à long terme ne sont pas admissibles à l'assurance invalidité de longue durée. Les employés temporaires à court terme faisant partie du Regroupement des professionnels ne sont pas admissibles à l'assurance invalidité de courte durée (continuation de salaire) offerte par l'employeur ni à l'assurance invalidité de longue durée. Les autres employés temporaires à court terme ne sont pas admissibles au régime d'assurance collective.

Durée de participation minimale

L'employé qui décide de participer à l'assurance invalidité de longue durée optionnelle, l'assurance soins médicaux optionnels ou l'assurance soins dentaires ne peut modifier son choix qu'après avoir complété une période minimale de trois (3) ans de participation à la garantie choisie, à moins d'un changement de situation familiale.

ASSURANCE VIE

Assurance vie de l'adhérent

Montant de protection	<ul style="list-style-type: none">• Classe 1 - Employés admissibles : 200 % du salaire annuel• Classe 2 - Employés admissibles de l'ex-ville de Gatineau (avec personnes à charge) : 400 % du salaire annuel
Maximum	1 000 000 \$
Arrondissement	<ul style="list-style-type: none">• Classe 1 : Au 1 000 \$ supérieur du montant de protection• Classe 2 : Au 500 \$ supérieur du montant de protection
Réduction du montant de protection	<ul style="list-style-type: none">• Classe 1 - Employés admissibles : 100 % du salaire annuel lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans• Classe 2 - Employés admissibles de l'ex-ville de Gatineau (avec personnes à charge) : 200 % du salaire annuel lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent prend sa retraite

Assurance vie des personnes à charge (Enfants à charge : dès la naissance)

Montant de protection	Conjoint : 10 000 \$ Enfant : 5 000 \$
Réduction du montant de protection	50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent prend sa retraite

Assurance vie additionnelle de l'adhérent

Montant de protection	1 unité minimum 20 unités maximum Valeur unitaire : 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont requises
Maximum avec preuves	200 000 \$
Fin de la garantie	Le premier jour du mois suivant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent

Assurance vie additionnelle du conjoint

Montant de protection	1 unité minimum 20 unités maximum Valeur unitaire : 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont requises
Maximum avec preuves	200 000 \$
Fin de la garantie	Le premier jour du mois suivant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent

Assurance vie additionnelle des enfants à charge (dès la naissance)

Montant de protection	1 unité minimum 10 unités maximum Valeur unitaire : 5 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises sauf lors d'une adhésion initiale ou lors d'un changement de situation familiale si la demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours de la date d'admissibilité ou dans les 90 jours de la date du changement de situation familiale
Maximum avec preuves	50 000 \$
Fin de la garantie	Le premier jour du mois suivant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE DE BASE

Montant de protection	70 % du salaire brut mensuel payable au début de l'invalidité
Maximum	15 100 \$
Délai de carence	
en cas d'accident :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
en cas d'hospitalisation :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
en cas de maladie :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
Dans tous les cas :	La notion de « 17 semaines » fait référence à 17 semaines de prestations en vertu du régime d'assurance invalidité de courte durée (continuation de salaire) offert par l'employeur.
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Prestations	Imposables
Indexation	Non applicable
Fin du versement des prestations	Employés admissibles, à l'exception des pompiers : Le jour du 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la retraite, selon la première éventualité Pompiers admissibles : Le jour du 60 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la retraite, selon la première éventualité
Fin de la garantie	Employés admissibles, à l'exception des pompiers : 3 jours ouvrables plus 17 semaines avant le premier jour de la période de primes qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent Pompiers admissibles : 3 jours ouvrables plus 17 semaines avant le premier jour de la période de primes qui suit le 60 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OPTIONNELLE

Montant de protection	70 % du salaire brut mensuel payable au début de l'invalidité
Maximum	15 100 \$
Délai de carence	
en cas d'accident :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
en cas d'hospitalisation :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
en cas de maladie :	3 jours ouvrables plus 17 semaines
Dans tous les cas :	La notion de « 17 semaines » fait référence à 17 semaines de prestations en vertu du régime d'assurance invalidité de courte durée (continuation de salaire) offert par l'employeur.
Fréquence de versement des prestations :	Mensuelle
Prestations	Imposables
Indexation	<ul style="list-style-type: none"> • Selon l'IPC provincial du mois d'octobre précédant la date d'indexation, jusqu'à un maximum de 3 % • Au 1^{er} janvier de chaque année • Au prorata du nombre de mois de prestations pour la première année d'invalidité
Fin du versement des prestations	<p>Employés admissibles, à l'exception des pompiers : Le jour du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la retraite, selon la première éventualité</p> <p>Pompiers admissibles : Le jour du 60^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la retraite, selon la première éventualité</p>

Fin de la garantie	Employés admissibles, à l'exception des pompiers : 3 jours ouvrables plus 17 semaines avant le premier jour de la période de primes qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent Pompiers admissibles : 3 jours ouvrables plus 17 semaines avant le premier jour de la période de primes qui suit le 60 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX DE BASE - GROUPES 40A00, 40A10, 40A20, 40A40, 40A50 ET 40A60

Franchise # 1 par année civile, par statut de protection :

Individuel : 25 \$ Familial : 50 \$

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Médicaments					
Médicaments avec carte SSQ – mode de paiement différé *				1	80 % des premiers 2 000 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent par année civile, par certificat
Produits antitabac*		630 \$ ¹ admissibles / année civile		1	Remboursement regroupé avec les médicaments
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles / injection			1	Remboursement regroupé avec les médicaments
Soins de base					
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre semi-privée				100 %
Assurance annulation de voyage		5 000 \$ remboursables / événement			100 %

¹ Ce montant varie en fonction du maximum prévu par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Assurance voyage avec assistance		5 000 000 \$ remboursables / événement			100 %
Médecin – Soins reçus hors de la province de résidence mais au Canada lors d’une situation non urgente *				1	80 %
Professionnels de la santé					
Acupuncteur	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Audiologiste		1 000 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Chiropraticien	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Chiropraticien – Radiographies			P1	1	80 %
Diététiste	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	80 %
Ergothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Homéopathe	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	80 %
Remèdes homéopathiques*2			P1	1	80 %
Kinésithérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Massothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Naturopathe	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	80 %
Orthophoniste		1 000 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Orthothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Ostéopathe	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique		500 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Podiatre	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	80 %
Psychologue		1 000 \$ remboursables / année civile		1	80 %

² Les remèdes homéopathiques sont admissibles sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire ou sur recommandation d'un homéopathe.

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Autres frais médicaux					
Ambulance				1	80 %
Analyses de laboratoire *				1	80 %
Appareil auditif		450 \$ admissibles / 24 mois consécutifs		1	80 %
Appareil d'assistance respiratoire *				1	80 %
Appareils orthopédiques *				1	80 %
Appareils thérapeutiques *		Maximum viager de 10 000 \$ remboursables		1	80 %
Articles pour stomie *				1	80 %
Bas de contention *		3 paires / année civile		1	80 %
Chaussures orthopédiques *				1	80 %
Chaussures profondes *		100 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Cure de désintoxication *		Maximum viager de 3 000 \$ remboursables		1	80 %
Échographie *		300 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Électrocardiogramme *				1	80 %

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Fauteuil roulant et marchette *				1	80 %
Glucomètre * (Réflectomètre)		300 \$ admissibles / 36 mois consécutifs		1	80 %
Lit d'hôpital *				1	80 %
Neurostimulateur transcutané *		1 000 \$ admissibles / 60 mois consécutifs		1	80 %
Orthèses plantaires *		430 \$ ³ admissibles / année civile			80 %
Prothèse externe et membre artificiel *		5 000 \$ remboursables / prothèse ou membre artificiel		1	80 %
Prothèses mammaires *				1	80 %
Radiographies *				1	80 %
Résonance magnétique *				1	80 %
Soins infirmiers *	150 \$ admissibles / jour	3 000 \$ remboursables / année civile		1	80 %
Soutien-gorge post-opératoire *				1	80 %
Tomodensitométrie *				1	80 %

³ Les frais admissibles sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied, soit 525 \$ pour l'année 2015.

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles		1 000 \$ remboursables dans les 12 mois suivant l'accident		1	80 %
Transport par avion ou par train *				1	80 %
Fin de la garantie	À la retraite				

* Ordonnance requise par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Lorsqu'un maximum est indiqué, il s'agit d'un maximum par personne assurée à moins d'indication contraire.

Maximum regroupé P1 : 500 \$ remboursables / année civile

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX OPTIONNELS - GROUPES 40A01, 40A11, 40A21, 40A41, 40A51 ET 40A61

Franchise # 1 par année civile, par statut de protection :

Individuel : 25 \$ Familial : 50 \$

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Médicaments					
Médicaments avec carte SSQ – mode de paiement différé *				1	90 % des premiers 2 000 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent par année civile, par certificat
Produits antitabac*		630 \$ ¹ admissibles / année civile		1	Remboursement regroupé avec les médicaments
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles / injection			1	Remboursement regroupé avec les médicaments
Soins de base					
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre semi-privée				100 %
Assurance annulation de voyage		5 000 \$ remboursables / évènement			100 %

¹ Ce montant varie en fonction du maximum prévu par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Assurance voyage avec assistance		5 000 000 \$ remboursables / évènement			100 %
Médecin – Soins reçus hors de la province de résidence mais au Canada lors d’une situation non urgente *				1	90 %
Professionnels de la santé					
Acupuncteur	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Audiologiste		1 000 \$ remboursables / année civile		1	90 %
Chiropraticien	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Chiropraticien – Radiographies			P1	1	90 %
Diététiste	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	90 %
Ergothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Homéopathe	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	90 %
Remèdes homéopathiques * ²			P1	1	90 %
Kinésithérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Massothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Naturopathe	40 \$ admissibles / consultation		P1	1	90 %
Orthophoniste		1 000 \$ remboursables / année civile		1	90 %
Orthothérapeute	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Ostéopathe	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique				1	90 %
Podiatre	40 \$ admissibles / traitement		P1	1	90 %
Psychologue				1	90 %

² Les remèdes homéopathiques sont admissibles sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire ou sur recommandation d'un homéopathe.

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Soins de la vue					
Examen de la vue		50 \$ admissibles / 24 mois consécutifs		1	90 %
Lunettes			200 \$ admissibles / 24 mois consécutifs	1	90 %
Lentilles cornéennes					
Correction visuelle par laser					
Autres frais médicaux					
Ambulance				1	90 %
Analyses de laboratoire *				1	90 %
Appareil auditif		450 \$ admissibles / 24 mois consécutifs		1	90 %
Appareil d'assistance respiratoire *				1	90 %
Appareils orthopédiques *				1	90 %
Appareils thérapeutiques *		Maximum viager de 10 000 \$ remboursables		1	90 %
Articles pour stomie *				1	90 %
Bas de contention *		3 paires / année civile		1	90 %
Chaussures orthopédiques *				1	90 %

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Chaussures profondes *		100 \$ remboursables / année civile		1	90 %
Cure de désintoxication *		Maximum viager de 3 000 \$ remboursables		1	90 %
Échographie *		300 \$ remboursables / année civile		1	90 %
Électro-cardiogramme *				1	90 %
Fauteuil roulant et marchette *				1	90 %
Glucomètre * (Réflectomètre)		300 \$ admissibles / 36 mois consécutifs		1	90 %
Lit d'hôpital *				1	90 %
Neurostimulateur transcutané *		1 000 \$ admissibles / 60 mois consécutifs		1	90 %
Orthèses plantaires *		430 \$ ³ admissibles / année civile			90 %
Prothèse externe et membre artificiel *		5 000 \$ remboursables / prothèse ou membre artificiel		1	90 %

³ Les frais admissibles sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied, soit 525 \$ pour l'année 2015.

Protections	Frais admissibles	Maximum par clause	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Prothèses mammaires *				1	90 %
Radiographies *				1	90 %
Résonance magnétique *				1	90 %
Soins infirmiers *	150 \$ admissibles / jour	3 000 \$ remboursables / année civile		1	90 %
Soutien-gorge post-opératoire *				1	90 %
Tomodensitométrie *				1	90 %
Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles		1 000 \$ remboursables dans les 12 mois suivant l'accident		1	90 %
Transport par avion ou par train *				1	90 %
Fin de la garantie	À la retraite				

* Ordonnance requise par un professionnel de la santé autorisé par la loi à ce faire.

Lorsqu'un maximum est indiqué, il s'agit d'un maximum par personne assurée à moins d'indication contraire.

Maximum regroupé P1 : 500 \$ remboursables / année civile

ASSURANCE SOINS DENTAIRES OPTIONNELLE

Franchise # 2 par année civile, par statut de protection :

Individuel : 25 \$ Familial : 50 \$

Tarif basé sur le guide de : L'Association des chirurgiens-dentistes du Québec ou de l'organisme similaire de la province de résidence de l'assuré

► De l'année au cours de laquelle les frais sont engagés

Protections	Maximum regroupé	Franchise	% de remboursement
Soins dentaires de base Diagnostic Prévention et appareil de maintien Restauration mineure Réparation de pont fixe et de couronne Chirurgie buccale Services généraux complémentaires	1 000 \$ remboursables / année civile	2	100 %
Soins dentaires courants Endodontie Parodontie Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible			80 %
Soins dentaires de restauration Restauration majeure et prothèse fixe Prothèse amovible Pont fixe			50 %
Soins d'orthodontie* Orthodontie	Maximum viager de 1 000 \$ remboursables	2	50 %
Fréquence des examens de rappel	6 mois		
Fin de la garantie	À la retraite		

Notes :

Maximum regroupé : Le maximum regroupé pourra varier au cours de la première année d'assurance, selon le mois d'adhésion de l'assuré. Le maximum regroupé sera établi comme suit :

1. Adhésion au cours du 1^{er} trimestre : 1 000 \$
2. Adhésion au cours du 2^e trimestre : 750 \$
3. Adhésion au cours du 3^e trimestre : 500 \$
4. Adhésion au cours du 4^e trimestre : 250 \$

Cette limitation ne s'applique cependant pas aux soins d'orthodontie.

* **Soins d'orthodontie :** Les soins d'orthodontie ne sont remboursables que pour les enfants à charge de moins de 21 ans.

CLAUSE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Monnaie

Tous les paiements faits par SSQ ou à son intention sont effectués en monnaie légale du Canada.

2. Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, des régimes fiscaux, des régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou des régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du présent document, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, par exemple dans le cas d'une hausse des taxes sur les primes d'assurance, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le Preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

3. Service de résolution des problèmes (assurance invalidité de longue durée)

La garantie d'assurance invalidité de longue durée comprend un service de résolution de problèmes; seuls les adhérents assurés par cette garantie, leur conjoint et leurs enfants à charge sont admissibles.

Si le Preneur ou l'administrateur du régime d'assurance estime que l'adhérent admissible, son conjoint ou un de ses enfants à charge souffre de problèmes personnels pouvant affecter l'équilibre psychologique et entraver le fonctionnement normal, il peut diriger cette personne vers ce service.

Le service de résolution de problèmes comporte des volets d'aide, de consultation, d'orientation et d'intervention en cas :

- a) de difficultés de relations de couple ou familiales;
- b) de difficultés reliées au travail;
- c) de difficultés personnelles : perte d'intérêt, fatigue, stress, insomnie et problèmes de communication;
- d) de problèmes de dépendance : alcool, drogues, médicaments, jeux, Internet.

Ce service est offert à raison d'un maximum total de 12 heures de consultation par année d'assurance pour la famille de l'adhérent, soit lui-même, son conjoint et ses enfants à charge.

La documentation relative à ce service est remise au Preneur lors de la mise en vigueur du régime d'assurance collective SSQ. Cette documentation informe le Preneur sur la façon dont le service peut être offert à l'adhérent et comment ce dernier peut s'en prévaloir.

Exclusions

Le service de résolution de problèmes ne couvre pas les problèmes d'ordre physique.

CLAUSE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

1. Règles générales de révision des choix de l'employé lors de la période annuelle d'adhésion

Au 1^{er} janvier de chaque année, l'adhérent pourra faire les changements suivants :

Assurance soins médicaux, soins dentaires et invalidité de longue durée

- Augmentation de son statut et de son niveau de protection ou adhésion au régime de soins dentaires;
- Diminution de son statut et de son niveau de protection ou terminaison de sa participation au régime de soins dentaires. Toutefois, l'adhérent doit avoir complété une période de participation minimale de 3 ans au régime pour lequel il présente une demande de diminution ou de terminaison.

Assurance vie

- Augmentation ou diminution des protections additionnelles pour l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge. Des preuves d'assurabilité sont requises lors d'une demande d'augmentation du montant de protection.

2. Adhésion facultative - élus municipaux

L'adhésion au régime est facultative pour les élus municipaux en fonction avant le 1^{er} avril 2005 et le choix est irrévocable, à moins d'un changement de situation familiale. Par contre, pour tous les élus municipaux en fonction à compter du 1^{er} avril 2005, le régime est obligatoire.

3. Adhérents de l'ex-Ville de Gatineau

Afin de maintenir les droits acquis des employés de l'ex-Ville de Gatineau ayant des personnes à charge, la classe 2 a été créée. Au 1^{er} octobre 2005, le choix de ne pas maintenir une protection d'assurance vie de base de l'adhérent égale à 4 fois le salaire est irrévocable. Si l'adhérent choisit de maintenir une protection de 4 fois le salaire au 1^{er} octobre 2005, il pourra diminuer sa protection à 2 fois le

salaire lors d'une prochaine période annuelle d'adhésion et ce choix sera irrévocable.

4. Admissibilité au Compte de remboursement de soins de santé (CRSS)

Un compte de remboursement de soins de santé est offert aux employés admissibles de la Ville de Gatineau qui ne sont pas exemptés de l'assurance soins médicaux. Toutefois, les cols blancs ne sont pas admissibles au CRSS. Les dispositions générales sont décrites à l'ANNEXE I - COMPTE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ jointe au présent document.

CLAUSE 3 - DÉFINITIONS

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui occasionne des lésions corporelles, et ce, directement et indépendamment de toute autre cause.

Activités quotidiennes de base

Se nourrir, se vêtir, se déplacer et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.

Adhérent

Personne admissible à l'assurance, autrement qu'à titre de conjoint ou d'enfant à charge, et dont la demande d'adhésion a été acceptée par SSQ.

Administrateur du régime

Personne désignée par le Preneur et responsable de l'administration du présent régime d'assurance collective.

Assuré

L'adhérent de même que son conjoint ou ses enfants à charge, s'il y a lieu, admis à l'assurance.

Conjoint

La personne qui répond à l'une des conditions suivantes est considérée comme conjoint :

- elle est liée à l'adhérent par une union civile ou un mariage légalement reconnu;
ou
- elle fait régulièrement vie commune avec l'adhérent qui l'a désignée comme telle par écrit à SSQ et un enfant est issu de leur union;
ou
- elle fait vie commune avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et l'adhérent l'a désignée comme telle par écrit à SSQ.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- l'adhérent et cette personne divorcent ou annulent leur mariage ou leur union civile;
- ou
- dans le cas d'une union de fait, l'adhérent et cette personne sont séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux (2) conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne à avoir été désignée comme tel dans un avis écrit de l'adhérent à SSQ.

Contrat

Entente entre SSQ et le Preneur à l'égard de la police dont le numéro identifie le présent document, incluant tous les documents qui attestent cette entente.

Délai de carence

Période qui débute au même moment que l'invalidité et qui doit s'écouler avant que l'employé puisse avoir droit aux prestations d'assurance invalidité de longue durée prévues au contrat.

Dentiste

Personne qualifiée et spécialisée, détenant un permis de pratique de la dentisterie délivré par les autorités gouvernementales compétentes. Cette personne dispense les soins de la bouche et des dents que son permis l'autorise à offrir, incluant la chirurgie dentaire et buccale. Cette définition comprend les chirurgiens-dentistes.

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé capable de travailler qui se trouve en vacances ou en congé approuvé par l'employeur est également considéré comme effectivement au travail.

Employé

Tout salarié au service de l'employeur qui satisfait à l'une des définitions suivantes :

a) Employé permanent

Un employé tel que défini à son contrat de travail ou dans la convention collective à laquelle il est assujéti. Sont également considérés comme employés permanents tous les employés temporaires comblant un poste à caractère permanent.

b) Employé contractuel

L'employé contractuel à long terme désigne un employé engagé pour une période déterminée, tel qu'il est décrit au contrat individuel de travail et dont les dispositions précisent les conditions de participation au régime d'assurance collective.

Employeur

Tout employeur dont les employés ou une catégorie d'employés sont représentés par le Preneur du contrat.

Enfant à charge

L'enfant de l'adhérent, celui de son conjoint ou des deux. Cette définition comprend également l'enfant légalement adopté ou à l'égard duquel l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ou l'exercerait s'il était mineur et dont l'adhérent ou son conjoint assume le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit être célibataire et satisfaire à l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 21 ans;
- ou
- être âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue. Une preuve attestant l'inscription à un programme d'études doit être présentée à la satisfaction de SSQ;

De plus, un enfant à charge, dont l'âge se situe entre 21 et 25 ans inclusivement, en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent respecte les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à SSQ et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

ou

- quel que soit son âge, être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique. Cette invalidité s'est déclarée alors qu'il répondait aux définitions précédentes d'enfant à charge. Elle rend l'enfant incapable d'avoir une occupation rémunératrice. Des preuves médicales adéquates doivent être présentées à la satisfaction de SSQ.

Franchise

La partie des frais que l'assuré doit assumer, s'il y a lieu, avant qu'une garantie donne droit à un remboursement.

Hôpital

Tout hôpital défini comme tel par toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Hospitalisation

Une admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou une chirurgie dite d'un jour.

Invalidité – Employés

Pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 36 mois suivants :

Incapacité totale et continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel.

Après la période mentionnée précédemment :

Incapacité totale et continue, causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérent d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle il est raisonnablement préparé par son éducation, sa formation ou son expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Invalidité résultant d'un accident – Employés

Invalidité résultant exclusivement d'un accident et débutant dans les 90 jours de la date de l'accident, pour autant que l'adhérent soit assuré en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée à la date de début de l'invalidité. Toute autre invalidité est considérée comme résultant d'une maladie.

Jour

Dans le présent document, ce terme signifie « jour civil » à moins de mention contraire à cet effet.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme une maladie.

Médecin

Tout professionnel dûment qualifié, légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Médecin spécialiste

Tout médecin titulaire d'un certificat de spécialiste l'autorisant à pratiquer dans l'une des spécialités concernées par les garanties prévues au contrat.

Période de primes

Durée à l'égard de laquelle des primes sont payables, conformément à l'entente entre les parties.

Période d'invalidité

Absence continue du travail pour cause d'invalidité.

Preuve

Preuve jugée satisfaisante par SSQ.

Proche parent

Conjoint, fils, fille, père, mère, frère ou sœur de l'assuré.

Province

Chacune des provinces du Canada, incluant le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Récidive d'invalidité – Employés

Si une période d'invalidité initiale continue a donné droit à l'adhérent à des prestations d'assurance invalidité de longue durée et qu'il subit une autre période d'invalidité, SSQ considère que ces deux périodes constituent une seule et même invalidité lorsque :

- elles sont attribuables aux mêmes causes et sont séparées par moins de 6 mois consécutifs au cours desquels l'adhérent est effectivement de retour au travail;
- elles sont attribuables à des causes entièrement différentes et sont séparées par moins d'un jour entier au cours duquel l'adhérent est effectivement de retour au travail.

Lors de la terminaison du contrat, les lois ou les règlements pertinents s'appliquent par préséance.

Retraité

Tout employé qui était au service de l'employeur à la date à laquelle il prend sa retraite, en conformité avec les règlements du régime de retraite de l'employeur.

Salaire brut

a) Tous les employés à l'exception des élus municipaux

La rémunération régulière de base à l'exclusion de toute rémunération pour temps supplémentaire, de tout boni et de toute autre allocation.

b) Élus municipaux

La rémunération régulière de base à l'exclusion de toute rémunération pour temps supplémentaire, de tout boni et de toute autre allocation à l'exception des allocations de dépenses non imposables et de la rémunération régulière versée pour occuper un poste de direction au sein d'une commission municipale.

Salaire net

Le salaire au début de l'invalidité de l'adhérent réduit des impôts fédéral et provincial et des cotisations à l'assurance emploi, au Régime québécois d'assurance parentale, au Régime de pensions du Canada et au Régime de rentes du Québec, s'il y a lieu.

SSQ

SSQ, Société d'assurance vie inc.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou parfois, d'une chose à une autre.

CLAUSE 4 - ADMISSIBILITÉ

1. Admissibilité de l'adhérent à l'assurance

Les conditions d'admissibilité sont présentées à la première page du « Résumé des protections ».

2. Admissibilité du conjoint et des enfants à charge

Le conjoint et les enfants à charge de l'adhérent sont admissibles à l'assurance pour autant qu'ils répondent à la définition de conjoint ou d'enfant à charge prévue à la section « Définitions » du présent document, qu'ils résident au Canada et que l'adhérent soit lui-même admissible à l'assurance.

3. Participation à l'assurance

La participation de l'adhérent à l'assurance est obligatoire.

La participation du conjoint et des enfants à charge de l'adhérent est obligatoire aux garanties d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance soins médicaux à moins qu'ils soient couverts par un autre contrat d'assurance collective pour cette dernière garantie.

4. Preuves d'assurabilité

L'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes pour SSQ dans les situations suivantes :

- a) lorsque le montant de son assurance dépasse le maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité. Ce montant est indiqué au « Résumé des protections »;
- b) pour un employé, lorsqu'une demande d'assurance vie additionnelle est présentée sauf pour une demande d'assurance vie additionnelle pour un enfant à charge lorsque la demande est soumise dans les 30 jours suivant une période d'adhésion initiale ou dans les 90 jours suivant un changement de situation familiale;
- c) pour un retraité, lorsqu'une demande d'assurance vie additionnelle est présentée pour un nouveau conjoint ou un nouvel enfant à charge, sauf si la demande d'assurance est soumise dans les 90 jours de la date d'un changement de situation familiale.

CLAUSE 5 - DEMANDE D'ADHÉSION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE

1. Pour l'adhérent

Pour que l'assurance entre en vigueur, l'adhérent doit être effectivement au travail ou être en congé de maternité, congé de paternité, congé parental, ou en absence pour raisons familiales ou parentales ou autres absences prévues par la loi et résider au Canada.

L'adhérent doit remplir une demande d'adhésion et la faire parvenir à SSQ. Lorsque SSQ reçoit la demande d'adhésion au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date d'admissibilité de l'adhérent, son assurance entre en vigueur à la date à laquelle il devient admissible à l'assurance. Sinon, son assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande d'adhésion.

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves par SSQ.

2. Pour le conjoint et les enfants à charge

Si le conjoint et les enfants à charge de l'adhérent sont admissibles à l'assurance, l'adhérent doit remplir une demande d'adhésion et la faire parvenir à SSQ.

Lorsque SSQ reçoit la demande d'adhésion au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date d'admissibilité du conjoint ou des enfants à charge, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle ils deviennent admissibles à l'assurance. Sinon, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande d'adhésion.

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves par SSQ.

Si le statut de protection détenu en assurance soins médicaux prévoit l'assurance des enfants à charge, l'assurance de tout nouvel enfant s'applique automatiquement à partir de la date à laquelle il répond à la définition d'enfant à charge.

L'assurance du conjoint et des enfants à charge ne peut en aucun temps entrer en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent.

3. Heure d'entrée en vigueur

Toute date en rapport à l'assurance court à partir de 00 h 01 au lieu de résidence de l'assuré.

4. Événements modifiant la situation familiale ou professionnelle de l'adhérent

Tout changement de situation familiale (mariage, union civile, cohabitation, naissance, divorce, séparation, décès d'une personne à charge, cessation de l'assurance du conjoint, fin des études de l'enfant à charge, etc.) ou professionnelle (changement de groupe, de classe, retraite, etc.) peut avoir un impact sur l'assurance de l'adhérent ou en modifier le contenu. Dans un tel cas, l'adhérent doit informer l'administrateur de son régime qui doit en aviser SSQ par écrit selon les modalités décrites ci-après :

4.1 Augmentation de protection ou du statut de protection

- a) Si l'adhérent est effectivement au travail ou s'il s'est prévalu du maintien des garanties en cas de cessation temporaire d'emploi, toute augmentation entre en vigueur à la date du changement de situation familiale ou professionnelle si l'avis écrit est reçu au plus tard dans les 90 jours qui le suivent. Dans le cas où l'adhérent désire augmenter sa protection d'assurance vie additionnelle ou celle de son conjoint, la présentation de preuves d'assurabilité est nécessaire et l'augmentation entre en vigueur à la date à laquelle SSQ accepte les preuves.

Si l'avis est reçu au-delà des 90 jours, l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité et l'augmentation entre en vigueur à la date à laquelle SSQ accepte les preuves. Dans le cas de la garantie de soins médicaux, l'augmentation entre en vigueur à la date de réception de la demande.

- b) Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail, pour une raison autre que la retraite, et qu'il ne s'est pas prévalu du maintien des garanties en cas de cessation temporaire d'emploi à la date à laquelle la protection ou le statut de protection serait normalement modifié, l'augmentation entre en vigueur à la date où l'adhérent retourne effectivement au travail. Dans le cas de la garantie de soins médicaux, l'augmentation entre en vigueur à la date de réception de la demande.

4.2 Diminution de protection ou du statut de protection

La diminution entre en vigueur à la date du changement de situation familiale ou professionnelle si l'avis est reçu au plus tard dans les 90 jours qui le suivent. Si l'avis est reçu au-delà des 90 jours, la diminution entre en vigueur à la date de réception de l'avis par SSQ.

5. Montants d'assurance lorsque l'employé est invalide

Les montants d'assurance vie de l'adhérent et d'assurance invalidité de longue durée en vigueur au début de l'invalidité d'un employé demeurent les mêmes durant celle-ci et tiennent compte de la réduction du montant d'assurance inscrite au « Résumé des protections ».

Si une modification à ces montants d'assurance est apportée par le Preneur alors que l'employé est invalide, ces nouveaux montants d'assurance entrent en vigueur à la date où il retourne effectivement au travail.

CLAUSE 6 - TERMINAISON DE L'ASSURANCE

1. Terminaison de l'assurance de l'adhérent

L'assurance de l'adhérent se termine à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) à la date à laquelle il ne répond plus à la catégorie de personnes admissibles décrite au « Résumé des protections »;
- b) lorsqu'il atteint l'âge de fin de la garantie indiqué au « Résumé des protections »;
- c) à la date de son décès;
- d) lorsqu'il cesse d'être effectivement au travail (pour une raison autre que la retraite), sauf s'il maintient son assurance, selon les dispositions prévues à la **CLAUSE 7 « Maintien des garanties en cas de cessation temporaire d'emploi »**;
- e) à la date d'échéance des primes si elles ne sont pas versées à SSQ au plus tard à cette date;
- f) à la date de résiliation du présent document;
- g) lorsqu'une ou plusieurs garanties font l'objet d'une exonération de primes, à la date à laquelle cette exonération se termine si le paiement des primes n'est pas repris;
- h) à la date à laquelle il soumet une demande de prestations ou reçoit des prestations sous de fausses représentations faites par lui-même ou par un tiers, et ce, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

2. Terminaison de l'assurance du conjoint et des enfants à charge

À moins d'une indication à l'effet contraire exprimée ailleurs dans le contrat, l'assurance du conjoint et des enfants à charge prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent se termine;

- b) la date du décès de l'adhérent, sauf pour ce qui est prévu au point 7 de la **CLAUSE 12** et au point 11 de la **CLAUSE 14**;
- c) la date à laquelle le conjoint et les enfants à charge cessent de répondre à la définition de conjoint et d'enfant à charge prévue au présent document;
- d) la date à laquelle l'adhérent soumet une demande de prestations ou reçoit des prestations pour son conjoint et ses enfants à charge, sous de fausses représentations faites par l'adhérent ou par un tiers, et ce, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

CLAUSE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION TEMPORAIRE D'EMPLOI

L'assurance est suspendue à la date de cessation temporaire d'emploi de l'adhérent. Toutefois, ce dernier doit conserver la garantie de soins médicaux.

Les autres garanties peuvent être maintenues en vigueur selon les dispositions énoncées ci-après, dans la mesure où les primes sont payées à SSQ de la manière habituelle. Pour ce faire, l'administrateur du régime de l'adhérent doit :

- aviser SSQ, dans les 30 jours suivant la date de la cessation temporaire d'emploi de l'adhérent, de la date de début de la cessation temporaire d'emploi et des garanties que l'adhérent désire maintenir en vigueur pendant cette période.

Si aucun avis n'est reçu ou s'il est reçu par SSQ au-delà du délai de 30 jours, les garanties sont suspendues pour la durée de la cessation temporaire d'emploi et sont remises en vigueur à la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail.

- aviser SSQ de la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail, et ce, dans les 30 jours de cette date.

1. Congé pour raisons familiales ou parentales

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail en raison d'un congé de maternité, de paternité ou parental, d'une absence pour des raisons familiales ou parentales ou de toute autre absence prévue par la loi, il peut maintenir en vigueur toutes ses garanties (incluant le Compte de remboursement de soins de santé (CRSS) aux mêmes conditions), ou ne maintenir en vigueur que la garantie d'assurance soins médicaux, comme le prévoit la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, conformément à ce qui est prévu à la convention collective ou aux conditions de travail, selon le cas.

S'il choisit de ne pas maintenir en vigueur ses garanties pendant le congé ou l'absence ou une partie du congé ou de l'absence, l'adhérent ne peut modifier son choix durant le congé ou l'absence. Si l'adhérent revient au travail selon un horaire le rendant de nouveau admissible à l'assurance dans les 12 mois qui suivent le début du congé ou de l'absence, les garanties sont remises en vigueur à la date où l'adhérent retourne effectivement au travail. Au-delà de ce délai et

pour autant que l'adhérent retourne effectivement au travail, il est considéré comme une nouvelle personne admissible et doit présenter une nouvelle demande d'adhésion.

2. **Congé non payé**

L'adhérent peut maintenir en vigueur toutes ses garanties pour une période maximale de 12 mois pourvu qu'il effectue le paiement de la prime totale à SSQ, par l'entremise de l'employeur. Dans le cas d'un congé de maternité, la période maximale est de 122 semaines. L'adhérent doit au moins maintenir en vigueur la garantie d'assurance soins médicaux, comme le prévoit la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*.

Toutefois, le CRSS se termine à la fin de l'année civile de la date de début du congé non payé. Lors du retour au travail de l'adhérent, le Preneur confirme à SSQ le solde acquis du CRSS pour l'année civile en cours.

Si l'adhérent choisit de ne pas maintenir en vigueur ses garanties pendant le congé ou une partie du congé, il ne peut modifier son choix durant le congé. Si l'adhérent revient effectivement au travail dans les 12 mois qui suivent le début du congé, les garanties sont remises en vigueur à cette date. Au-delà de ce délai et pour autant que l'adhérent retourne effectivement au travail, il est considéré comme une nouvelle personne admissible et doit présenter une nouvelle demande d'adhésion.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période de congé non payé

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période de congé non payé au cours de laquelle l'adhérent a continué de participer à l'assurance en payant la totalité des primes, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail de l'adhérent.

3. **Suspension ou congédiement contesté**

L'adhérent peut maintenir en vigueur toutes ses garanties (au même niveau de protection) jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue, à condition d'assumer le paiement des primes en entier. De plus, lors d'un changement de situation familiale, l'adhérent pourra modifier le statut de protection détenu au début de la suspension ou du congédiement contesté, mais il ne pourra cependant pas

modifier le niveau de protection. Toutefois, le CRSS se termine à la fin de l'année civile de la date du congédiement ou de la suspension. Lors du retour au travail de l'adhérent, le Preneur confirme à SSQ le solde acquis du CRSS pour l'année civile en cours.

Si l'adhérent choisit de ne pas maintenir en vigueur ses garanties pendant le congé ou une partie du congé, il ne peut modifier son choix durant le congé. S'il revient effectivement au travail dans les 12 mois qui suivent le début du congé, les garanties sont remises en vigueur à cette date.

Que l'adhérent ait maintenu ses garanties ou non, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue le rétablit dans ses droits et obligations d'employé.

4. Grève, lock-out ou mise à pied temporaire

Dans le cas d'une mise à pied temporaire, l'adhérent peut maintenir en vigueur ses garanties (au même niveau de protection) pour une période maximale de 12 mois à condition d'assurer le paiement des primes en entier. Il peut également choisir de ne maintenir en vigueur que la garantie d'assurance soins médicaux, comme le prévoit la Loi sur l'assurance médicaments du Québec. De plus, lors d'un changement de situation familiale, l'adhérent pourra modifier le statut de protection détenu au début de la mise à pied, mais il ne pourra cependant pas modifier le niveau de protection.

Toutefois, le CRSS se termine à la fin de l'année civile de la date de début du congé non payé. Lors du retour au travail de l'adhérent, le Preneur confirme à SSQ le solde acquis du CRSS pour l'année civile en cours.

En cas de grève ou de lock-out, la garantie de soins médicaux, incluant le CRSS, demeure en vigueur pour une durée de 31 jours alors que les autres garanties cessent à la date de début de la grève ou du lock-out.

Ainsi, lors d'une période de mise à pied temporaire pendant laquelle l'adhérent n'a pas maintenu en vigueur ses garanties, d'une grève ou d'un lock-out, la garantie d'assurance invalidité de longue durée prévue au contrat cesse le jour de la mise à pied, de la grève ou du lock-out et est remise en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail.

Les primes des garanties maintenues sont payables pour la période de primes durant laquelle l'adhérent est mis à pied temporairement. Pour chaque période de primes subséquente au cours de laquelle la mise à pied se prolonge, l'adhérent doit payer les primes totales applicables.

Si l'adhérent a choisi de ne pas maintenir en vigueur ses garanties, il ne peut modifier son choix en cours de mise à pied. S'il retourne effectivement au travail dans les 12 mois qui suivent la date de la mise à pied, les garanties sont remises en vigueur à la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail. Au-delà de ce délai et pour autant que l'adhérent retourne effectivement au travail, il est considéré comme une nouvelle personne admissible et doit présenter une nouvelle demande d'adhésion.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période de mise à pied temporaire

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période de mise à pied temporaire au cours de laquelle l'adhérent a continué de participer à l'assurance en payant la totalité des primes, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail de l'adhérent.

CLAUSE 8 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

1. Paiement des prestations

Le paiement des prestations, en vertu du présent document, est effectué au nom de l'adhérent sauf pour la prestation d'assurance vie lors du décès de l'adhérent qui est payable à sa succession ou à son bénéficiaire désigné.

2. Preuves, dossiers et examens par un professionnel de la santé

Des preuves jugées satisfaisantes par SSQ peuvent être exigées lors d'une demande de prestations. L'assuré doit fournir à ses frais les preuves et les renseignements nécessaires pour établir son droit à des prestations et le montant de prestations payables.

Par ailleurs, pendant la durée d'une invalidité ou lors du traitement d'une demande de prestations, SSQ peut demander que l'assuré soit examiné par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle, et ce, à une fréquence raisonnable. Si l'assuré refuse d'être examiné dans les 30 jours suivant la demande de SSQ, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut aussi demander une autopsie dans les limites permises par la loi.

3. Montant des primes

Les primes versées à SSQ déterminent les garanties dont l'assuré bénéficie. En aucun cas, l'assuré ne peut bénéficier de prestations supérieures à celles pour lesquelles les primes ont été versées à SSQ.

4. Responsabilité civile et subrogation

L'assuré doit informer SSQ de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie, tout jugement ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du présent document.

Si l'assuré a droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du présent document, il doit rembourser le montant qui lui a été payé par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de l'assuré contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du présent document, et ce, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, l'assuré consent à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

CLAUSE 9 - TRANSFERT D'ASSUREUR

Lorsqu'une garantie offerte chez un autre assureur est résiliée et remplacée dans les 31 jours par une garantie comparable chez SSQ, toute personne assurée par l'assureur précédent est couverte de plein droit par la nouvelle garantie chez SSQ pour autant :

- qu'elle fasse partie de la catégorie de personnes admissibles en vertu du présent document;
et
- que la fin de son assurance auprès de l'assureur précédent soit exclusivement attribuable à la résiliation de la garantie.

Les dispositions suivantes sont alors applicables :

1. Assurance vie et assurance invalidité de longue durée

Si l'adhérent bénéficie de l'exonération de primes au moment du remplacement, il demeure couvert en vertu du contrat résilié.

Si l'adhérent est invalide mais ne bénéficie pas de l'exonération de primes au moment du remplacement, sa demande d'exonération doit être présentée à l'assureur précédent dans les 180 jours suivant le début de son invalidité.

Si le décès d'un assuré survient dans ce délai de 180 jours, la demande de prestation doit être présentée à l'assureur précédent.

2. Assurance soins médicaux et assurance soins dentaires

Ces garanties entrent en vigueur à la date de remplacement.

Si ces garanties comportent une garantie d'exonération de primes, elles entrent en vigueur aux conditions prévues à la garantie d'exonération de primes, que l'adhérent bénéficie ou non de celle-ci à la date de remplacement.

CLAUSE 10 - EXONÉRATION DE PRIMES

1. Admissibilité

Si l'adhérent devient invalide, il est dispensé du paiement des primes pour les garanties suivantes :

- assurance vie de l'adhérent
- assurance vie additionnelle de l'adhérent
- assurance vie des personnes à charge
- assurance vie additionnelle du conjoint
- assurance vie additionnelle des enfants à charge
- assurance invalidité de longue durée
- assurance soins médicaux
- assurance soins dentaires

L'adhérent doit satisfaire les conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération de primes en vertu du présent document :

- l'invalidité doit débiter alors que l'adhérent est couvert par le contrat et avant la cessation de son emploi permanent;
- il doit être sous les soins continus d'un médecin, à moins de se trouver dans un état stationnaire attesté par son médecin, à la satisfaction de SSQ;
- l'invalidité doit répondre à la définition d'invalidité qui s'appliquait au début de son invalidité.

Si l'adhérent est admissible à l'exonération de primes, son assurance se prolonge sans paiement de primes, selon les conditions du contrat en vigueur au début de l'invalidité.

Toutefois, un adhérent invalide qui reçoit son plein salaire en raison d'une assignation temporaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation.

2. Début et fin de l'exonération de primes par garantie

Les dates de début et de fin d'exonération de primes par garantie sont indiquées ci-après. Certains événements mentionnés à l'article 4 de la présente section **EXONÉRATION DE PRIMES** entraînent la fin de la période de l'exonération pour toute garantie.

2.1 Assurance vie de l'adhérent

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.2 Assurance vie additionnelle de l'adhérent

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.3 Assurance vie des personnes à charge

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.4 Assurance vie additionnelle du conjoint

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.5 Assurance vie additionnelle des enfants à charge

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.6 Assurance invalidité de longue durée

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier).

2.7 Assurance soins médicaux

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier);
- la fin de la présente garantie.

2.8 Assurance soins dentaires

Date de début :

- à compter du premier jour de la période de primes suivant la fin du délai de carence d'assurance invalidité de longue durée.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de terminaison de l'exonération de primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent ou le jour de son 65^e anniversaire de naissance (60^e anniversaire de naissance dans le cas d'un pompier);
- la fin de la présente garantie.

3. Demande d'exonération, preuves et examens

La demande d'exonération de primes et les preuves justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'exonération de primes, à moins qu'il ait été dans l'impossibilité d'agir dans ce délai. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ dans un délai de 12 mois suivant la date où l'adhérent devient admissible à l'exonération de primes. Au-delà de ce délai, l'adhérent perd sa faculté (forclos) de présenter toute demande d'exonération.

Toute demande d'exonération est effectuée en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Des preuves et pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées à l'adhérent.

Lorsque l'adhérent fait une demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée chez SSQ, le formulaire qu'il soumet sert également à demander l'exonération de primes. Des preuves et pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées à l'adhérent.

En l'absence de demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée, l'adhérent peut demander l'exonération de primes pour les garanties détenues chez SSQ en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Des preuves et pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées à l'adhérent.

4. Terminaison

L'exonération de primes prend automatiquement fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent ne répond plus à la définition d'invalidité;

- la date à laquelle l'adhérent cesse d'être sous les soins continus d'un médecin, sauf s'il se trouve dans un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- la date à laquelle l'adhérent ne fournit pas les preuves de son invalidité lorsque requises. Ces preuves doivent être présentées dans les 90 jours de la date de la demande de SSQ. Si les preuves sont présentées au-delà de ce délai, l'exonération de primes prend fin à la date de la demande de SSQ;
- la date à laquelle l'adhérent refuse de participer de bonne foi au programme de réadaptation suggéré par SSQ dans le but de favoriser son retour au travail;
- la date à laquelle l'adhérent ne se soumet pas à un examen par un professionnel de la santé ou ne reçoit pas un traitement susceptible de favoriser son rétablissement.

CLAUSE 11 - ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

1. Portée de la garantie

Si l'adhérent décède, SSQ s'engage à payer à son bénéficiaire désigné ou à sa succession, en l'absence d'un bénéficiaire désigné, le montant d'assurance applicable pourvu que l'adhérent soit couvert par la présente garantie à ce moment.

2. Montant d'assurance

Le montant d'assurance vie de l'adhérent est indiqué au « Résumé des protections ». À ce montant s'ajoute le montant d'assurance vie additionnelle qu'il détient, s'il y a lieu. Le montant tient également compte de toute réduction du montant d'assurance inscrite au « Résumé des protections ».

Au moment de la retraite, si l'adhérent est âgé de moins de 65 ans, le montant d'assurance vie de base est réduit au montant ou au pourcentage prévu dans le régime d'assurance à l'intention des retraités alors que le montant de son assurance vie additionnelle, s'il y a lieu, sera automatiquement transféré dans le régime à l'intention des retraités. Pour remplacer le montant d'assurance vie de base perdu, l'adhérent pourra opter pour l'ajout d'unités d'assurance vie additionnelle ou l'adhésion à l'assurance vie additionnelle, sans preuves, pour remplacer en tout ou en partie le montant perdu, jusqu'à concurrence de 100 % du salaire, le montant d'assurance étant arrondi au 10 000 \$ inférieur, et/ou se prévaloir du droit de transformation, tel que décrit au point 8 de la présente section. L'ajout d'unités d'assurance vie additionnelle et le droit de transformation sont assujettis aux conditions applicables à la date de retraite de l'adhérent.

Au moment de la retraite, si l'adhérent est âgé de 65 ans et plus, le montant d'assurance vie de base est réduit au montant ou au pourcentage indiqué au « Résumé des protections », et l'adhérent peut alors se prévaloir du droit de transformation, tel que décrit au point 8 de la présente section.

3. **Définition de non-fumeur**

Lorsque l'adhérent désire une protection d'assurance vie additionnelle, la prime est calculée selon l'âge, le sexe et le statut de fumeur ou de non-fumeur de l'adhérent.

Aux fins de la présence police, le terme non-fumeur désigne toute personne qui n'a fumé aucun produit de tabac comme la cigarette, le cigare, le cigarillo ou la pipe, ni aucune drogue, au cours des 12 derniers mois. SSQ peut demander périodiquement une confirmation du statut de non-fumeur. L'adhérent doit alors être en mesure de répondre aux exigences de SSQ dans les 30 jours de la demande. À défaut de confirmer son statut de non-fumeur dans le délai prescrit, l'adhérent perdra son statut de non-fumeur et la réduction de prime prévue cessera à compter de la date de la demande de SSQ.

4. **Désignation de bénéficiaire**

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit en ce sens à SSQ. La désignation ou la révocation du bénéficiaire entre en vigueur à la date à laquelle l'avis de l'adhérent parvient à SSQ.

5. **Prestation partielle anticipée (du vivant de l'adhérent)**

Si l'adhérent est invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de son montant d'assurance, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut lui être versée. Si la demande de prestations est présentée dans les 24 mois précédant la date de réduction du montant d'assurance inscrite au « Résumé des protections », la prestation payée ne peut être supérieure à 50 % du montant obtenu après application de la réduction. La demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et l'adhérent doit :

- a) avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;
- b) être exonéré des primes d'assurance vie;
- c) fournir les preuves démontrant que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de sa demande;
- d) obtenir le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable de son assurance, le cas échéant.

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est alors réduit du montant de la prestation partielle versé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des Bons du trésor d'une durée d'un (1) an majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement de la prestation partielle anticipée jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

6. Demande de prestations et preuves

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date du décès, à moins que la personne responsable de la demande de prestations en cas de décès n'ait été dans l'impossibilité d'agir dans ce délai. Aucune mise en demeure ni action ne peuvent être entreprises contre SSQ avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception par SSQ de tous les documents requis, et le droit d'action prend naissance à l'expiration de ce délai de 30 jours.

Toute demande de prestations est effectuée en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Des preuves et documents supplémentaires peuvent être demandés.

7. Exclusion en cas de suicide

Si l'adhérent se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la garantie d'assurance vie additionnelle, SSQ rembourse les primes perçues pour cette garantie en lieu et place du montant d'assurance.

Cette exclusion s'applique également à toute augmentation du montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Cette période de 12 mois court à nouveau, pour l'augmentation seulement, à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La présente exclusion s'applique également à toute garantie d'assurance vie :

- a) à laquelle la participation de l'adhérent est facultative;
- b) dont le montant varie suivant le choix de l'adhérent.

8. Droit de transformation

Si l'assurance vie de l'adhérent prend fin parce qu'il cesse de faire partie du groupe, il a le droit de la faire transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, il doit toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après la date à laquelle il cesse de faire partie du groupe.

Les assurances individuelles que l'adhérent de moins de 65 ans pourra obtenir sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective qui a pris fin quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de l'adhérent, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

L'assurance individuelle que l'adhérent de 65 ans ou plus pourra obtenir est une assurance vie de 25 000 \$ ou moins, comparable à l'assurance collective qui a pris fin quant à la durée.

Si le contrat collectif a pris fin sans être remplacé ou en étant remplacé par un contrat collectif offrant un montant d'assurance moindre, l'adhérent peut se prévaloir du droit de transformation s'il a été couvert sans interruption par le présent document collectif depuis au moins 5 ans. Dans ce cas, le montant d'assurance transformable en vertu de l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie qu'il détient est limité à 10 000 \$ ou 25 % du montant détenu à la fin du contrat, selon le plus élevé de ces deux montants.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si l'adhérent décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation et que son assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant qu'il était en droit de faire transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de l'adhérent et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de son départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle au plus tard 31 jours après la date à laquelle l'adhérent a cessé de faire partie du groupe.

CLAUSE 12 - ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

1. Portée de la garantie

Si le conjoint ou un des enfants à charge de l'adhérent décède, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance applicable à l'adhérent pourvu que le conjoint ou l'enfant à charge soit couvert par la présente garantie à ce moment.

2. Montant d'assurance

Le montant de l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge est indiqué au « Résumé des protections ». À ce montant s'ajoute le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge que l'adhérent détient, s'il y a lieu. Le montant tient également compte de toute réduction du montant d'assurance du conjoint inscrite au « Résumé des protections ».

Un retraité peut diminuer le montant d'assurance vie additionnelle qu'il détient pour son conjoint ou ses enfants à charge en tout temps, mais il ne peut faire une demande d'assurance vie additionnelle pour un nouveau conjoint ou un nouvel enfant à charge ou augmenter le montant d'assurance vie additionnelle de son conjoint que dans les 90 jours de l'admissibilité d'une nouvelle personne à charge. La demande doit être accompagnée des preuves d'assurabilité requises, sauf si la demande d'assurance est soumise dans les 90 jours de la date d'un changement de situation familiale, et l'augmentation du montant d'assurance vie additionnelle entre en vigueur à la date d'admissibilité de la personne à charge ou l'acceptation des preuves par SSQ, selon que de telles preuves sont requises ou non.

3. Définition de non-fumeur

Lorsque le conjoint désire une protection d'assurance vie additionnelle, la prime est calculée selon l'âge, le sexe et le statut de fumeur ou de non-fumeur du conjoint.

Aux fins de la présence police, le terme non-fumeur désigne toute personne qui n'a fumé aucun produit de tabac comme la cigarette, le cigare, le cigarillo ou la pipe, ni aucune drogue, au cours des 12 derniers mois. SSQ peut demander périodiquement une confirmation du statut de non-fumeur. Le conjoint doit alors être en mesure de répondre aux exigences de SSQ dans les 30 jours de la

demande. À défaut de confirmer son statut de non-fumeur dans le délai prescrit, le conjoint perdra son statut de non-fumeur et la réduction de prime prévue cessera à compter de la date de la demande de SSQ.

4. Demande de prestations et preuves

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date du décès, à moins que l'adhérent soit dans l'impossibilité d'agir dans ce délai. Aucune mise en demeure ni action ne peuvent être entreprises contre SSQ avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception par elle de tous les documents requis, et le droit d'action de l'adhérent prend naissance à l'expiration de ce délai de 30 jours.

Toute demande de prestations est effectuée en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Des preuves et documents supplémentaires peuvent être demandés.

5. Exclusion en cas de suicide

Si le conjoint ou un des enfants à charge de l'adhérent se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la garantie d'assurance vie additionnelle, SSQ rembourse les primes perçues pour cette garantie en lieu et place du montant d'assurance.

Cette exclusion s'applique également à toute augmentation du montant d'assurance vie additionnelle. Cette période de 12 mois court à nouveau, pour l'augmentation seulement, à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La présente exclusion s'applique également à toute garantie d'assurance vie :

- a) à laquelle la participation est facultative;
- b) dont le montant varie suivant le choix de l'adhérent.

6. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge prend fin parce que l'adhérent cesse de faire partie du groupe, il a le droit de la faire transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle sans avoir à prouver l'assurabilité de la personne concernée. Pour pouvoir

exercer ce droit, l'adhérent doit en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après la date à laquelle il cesse de faire partie du groupe.

Les assurances individuelles que l'adhérent pourra obtenir pour son conjoint de moins de 65 ans et pour ses enfants à charge sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective qui a pris fin quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de la personne concernée, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

L'assurance individuelle que l'adhérent pourra obtenir pour son conjoint de 65 ans ou plus est une assurance vie de 25 000 \$ ou moins, comparable à l'assurance collective qui a pris fin quant à la durée.

Si la fin de l'admissibilité à l'assurance du conjoint ou de l'enfant à charge est due à la fin du contrat et que celui-ci n'est pas remplacé, l'adhérent peut se prévaloir du droit de transformation à l'égard de ce conjoint ou de cet enfant à charge s'ils ont été couverts par la présente garantie depuis au moins 5 ans sans interruption.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle l'adhérent aurait pu faire transformer son assurance et que celle-ci n'ait pas déjà été transformée, le montant que l'adhérent était en droit de faire transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date à laquelle l'adhérent cesse de faire partie

du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à la protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle au plus tard 31 jours après la date à laquelle l'adhérent a cessé de faire partie du groupe.

6.3 Prime

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération de primes et la prime est calculée en fonction des taux alors en vigueur selon le sexe et l'âge du conjoint ou de l'enfant à charge à la date à laquelle la présente garantie d'assurance vie se termine, en tenant compte de son occupation et de son lieu de résidence. Lorsque le conjoint ou l'enfant à charge est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, la prime pour l'assurance individuelle est majorée d'une façon similaire. La première prime doit être reçue dans les 31 jours de la date de terminaison de l'assurance en vertu de la présente garantie et la police individuelle entre en vigueur à cette date de terminaison.

6.4 Limitations

Lorsque la cessation de l'admissibilité à l'assurance du conjoint ou d'un des enfants à charge est due à la terminaison du contrat et que celui-ci n'est pas remplacé, le conjoint ou l'enfant à charge peut se prévaloir du droit de transformation s'il a été couvert pendant une période continue de 5 ans.

Lorsque le montant d'assurance vie du conjoint ou des enfants à charge est modifié pour un montant inférieur, ils peuvent se prévaloir du droit de transformation s'ils ont été couverts pendant une période continue de 5 ans. Le montant ainsi transformable correspond à la différence entre les montants détenus avant et après la réduction.

Si le conjoint ou un des enfants à charge a déjà exercé le droit de transformation en vertu du contrat, il peut transformer la différence entre le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie et le montant d'assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur de son droit de transformation sans toutefois excéder les montants précisés à la section **6.2**.

7. Prolongation de la protection à la suite du décès de l'adhérent

Lors du décès de l'adhérent, la garantie d'assurance vie alors en vigueur pour le conjoint et les enfants à charge est maintenue sans paiement de primes jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin d'une période de 24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;
- la date à laquelle l'adhérent aurait atteint l'âge de 65 ans;
- la date à laquelle l'assurance du conjoint et des enfants à charge aurait pris fin n'eût été du décès de l'adhérent;
- la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition de conjoint ou d'enfant à charge prévue au présent document;
- la date à laquelle le conjoint et les enfants à charge deviennent admissibles à un autre contrat comportant une protection similaire;
- la date de terminaison du contrat.

À la fin de la prolongation, le conjoint et les enfants à charge peuvent exercer leur droit de transformation, aux conditions applicables à ce moment.

CLAUSE 13 - ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

1. Portée de la garantie

Si l'adhérent devient invalide alors qu'il est couvert par cette garantie et que son invalidité persiste après le délai de carence, SSQ s'engage à lui payer un montant de prestations mensuelles. L'invalidité de l'adhérent doit débiter avant l'âge de terminaison de la garantie indiqué au « Résumé des protections ».

Ces prestations sont versées tant que dure l'invalidité de l'adhérent, sans excéder la durée des prestations ni la date de fin du versement des prestations qui sont indiquées au « Résumé des protections ».

À une même invalidité ne s'applique qu'un seul délai de carence et une seule durée des prestations, tels que décrits au « Résumé des protections ».

SSQ effectue le premier versement de prestations mensuelles un (1) mois après la fin du délai de carence. Par la suite, les prestations d'assurance invalidité de longue durée auxquelles l'adhérent a droit sont versées mensuellement.

2. Calcul des prestations

Le montant de prestations est calculé selon les dispositions contractuelles en vigueur au début de l'invalidité.

Durant l'invalidité, le montant de prestations n'est pas affecté par un changement de salaire ou de catégorie d'employés ou si des modifications sont apportées au contrat.

2.1 Prestations et revenus de différentes sources

Les prestations, telles que prévues au « Résumé des protections », sont réduites des revenus et indemnités qui sont payables à l'adhérent en vertu des sources suivantes :

- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles 100 % du revenu brut

- Prestations de maternité, de paternité, parentales ou pour raisons familiales ou parentales (assurance emploi et Régime québécois d'assurance parentale) 100 % du revenu brut
- Régime de pensions du Canada (rente d'invalidité) 100 % du revenu brut
- Régie des rentes du Québec (rente invalidité) 100 % du revenu brut
- Loi sur l'assurance automobile 100 % du revenu brut

De plus, le total des revenus et des prestations qui sont payables pour un mois donné provenant des différentes sources suivantes :

- les prestations payables par cette garantie;
- toute rémunération ou paiement reçu de l'employeur pour des revenus acquis durant la période d'invalidité;
- les prestations d'invalidité payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de toute loi relative à un accident automobile ou une protection similaire, du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, du régime de retraite de l'employeur ou de tout autre contrat d'assurance collective ou de toute loi sociale autre que *la Loi sur l'assurance emploi*;
- les prestations de maternité, de paternité, parentales ou pour raisons familiales ou parentales payables en vertu de la *Loi sur l'assurance emploi* ou du Régime québécois d'assurance parentale;
- les revenus de rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- les revenus de rente de retraite du régime de retraite de l'employeur;

ne peut en aucun temps excéder 85 % du salaire brut payable au début de l'invalidité. Si tel est le cas, les prestations sont réduites de cet excédent.

Aux fins de la présente section, il n'est pas tenu compte de l'indexation des prestations ou revenus de rente payables par ces différentes sources en raison de l'augmentation du coût de la vie.

Lorsque ces revenus ou ces prestations sont versés sous forme de paiement forfaitaire, le montant forfaitaire est transformé en son équivalent mensuel.

Si l'adhérent ne reçoit pas les revenus et prestations des différentes sources mentionnées précédemment, il doit faire la preuve qu'il n'y a pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels l'adhérent aurait droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas pour les revenus de rente de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

3. Gestion de l'invalidité

3.1 Retour progressif au travail

Selon la condition de l'adhérent, son médecin ou SSQ peut recommander un retour progressif au travail. Ce retour progressif au travail est possible si :

- la période d'invalidité qui le précède dure depuis au moins 30 jours;
- et
- le retour progressif au travail est approuvé par SSQ.

Durant la période de retour progressif au travail, les prestations d'assurance invalidité de longue durée se poursuivent mais sont réduites du pourcentage que représente la période de retour progressif au travail par rapport à l'horaire normal de travail de l'adhérent.

3.2 Réadaptation

Lorsque SSQ le considère justifié, l'adhérent doit participer à un programme de réadaptation supervisé par SSQ et visant à favoriser son retour au travail.

Si SSQ le juge raisonnable et justifié, le programme de réadaptation peut être modifié ou interrompu.

Dans le cadre d'un programme de réadaptation, SSQ analyse le dossier médical de l'adhérent afin d'établir si sa situation offre des possibilités de réadaptation. Si de telles possibilités existent, SSQ fournit les ressources et l'encadrement nécessaires à l'adhérent afin de l'aider à recouvrer la santé et l'autonomie requises pour retourner au travail.

Ce programme de réadaptation peut comprendre les services suivants :

- soutien psychologique;
- évaluation par un conseiller en emploi;
- adaptation du poste de travail, des tâches ou de l'horaire de travail.

Durant ce programme, les prestations sont réduites au besoin d'une partie de la rémunération reçue dans le cadre de la réadaptation, soit celle qui, combinée aux revenus ou prestations provenant des sources décrites à la section « Prestations et revenus de différentes sources », excède 100 % du salaire mensuel brut payable au début de l'invalidité de l'adhérent.

Le refus de l'adhérent de participer de bonne foi au programme de réadaptation entraîne la suspension ou la terminaison du paiement des prestations.

3.3 Refus de subir un examen par un professionnel de la santé ou de recevoir un traitement

Pour recevoir des prestations en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, l'adhérent doit subir, à la demande de SSQ, tout examen par un professionnel de la santé et recevoir tout traitement susceptible de favoriser son retour à la santé.

Le refus de l'adhérent entraîne la suspension ou la terminaison du paiement des prestations.

4. Demande de prestations, preuves et examens

La demande de prestations et les preuves justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la fin du délai de carence, à moins que l'adhérent n'ait été dans l'impossibilité d'agir dans ce délai. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ dans un délai de 12 mois suivant la date de la fin du délai de carence. Au-delà de ce délai, l'adhérent perd la faculté de présenter toute demande de prestations (forclos). Le délai de carence débute le jour à compter duquel l'invalidité de l'adhérent répond à la définition d'invalidité du présent document.

Lors du traitement de la demande de prestations ou durant le paiement des prestations, SSQ peut requérir de l'information supplémentaire sur l'invalidité de l'adhérent ou lui demander de subir un examen médical. L'adhérent doit présenter l'information demandée ou subir l'examen requis dans les 90 jours suivant la date de la demande de SSQ. À défaut de ce faire, la demande de prestations sera refusée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

En cas de récurrence de l'invalidité de l'adhérent, la demande de prestations et les preuves justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date de la récurrence, à moins que l'adhérent n'ait été dans l'impossibilité d'agir à l'intérieur de ce délai. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ dans un délai de 12 mois suivant la date de la récurrence. Au-delà de ce délai, l'adhérent perd la faculté de présenter toute demande de prestations (forclos).

En cas de refus de paiement ou de cessation des prestations, l'adhérent dispose de 90 jours suivant l'avis écrit de SSQ à cet effet pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la prolongation de son invalidité ou pour faire réviser son dossier. À défaut de produire ces preuves dans les 90 jours, l'adhérent ne pourra retirer des prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si l'adhérent soumet des preuves à SSQ plus de 12 mois après la date de l'avis écrit de SSQ, il ne sera plus admissible à aucune prestation.

Aucune mise en demeure ni action ne peuvent être entreprises contre SSQ avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la réception par SSQ de tous les documents requis.

5. Cessation temporaire d'emploi

5.1 Congé non payé, suspension, congé de maternité, congé de paternité, congé parental, absence pour raisons familiales ou parentales ou autres absences prévues par la loi

Si l'adhérent devient invalide, il est admissible à des prestations selon les conditions du contrat en vigueur au début de son invalidité, pourvu qu'il ait maintenu en vigueur cette garantie lorsqu'il est possible de le faire. Le délai de carence commence à la date prévue de son retour au travail.

5.2 Mise à pied temporaire

Si l'adhérent devient invalide avant la date de la mise à pied temporaire, il est admissible à des prestations pour la durée de son invalidité, selon les dispositions de la garantie.

Si l'adhérent devient invalide pendant la période de mise à pied, aucune prestation n'est payable.

5.3 Grève ou lock-out

Si l'adhérent devient invalide durant une grève ou un lock-out, le délai de carence débute à la date du retour au travail des employés en grève ou en lock-out, pourvu que l'adhérent retourne effectivement au travail.

6. Pluralité des garanties d'assurance invalidité

L'adhérent peut être protégé à la fois par une garantie d'assurance invalidité de courte durée et par une garantie d'assurance invalidité de longue durée. Dans ce cas, aucune prestation ne peut être versée en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée tant que l'adhérent a droit à des prestations versées en vertu d'une garantie d'assurance invalidité de courte durée et vice versa.

7. Exclusions

Cette garantie ne couvre pas l'invalidité de l'adhérent si elle est attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que l'adhérent commet ou tente de commettre;
- b) la participation active de l'adhérent à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre ou une guerre civile, déclarée ou non;
- d) le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays;
- e) des traitements esthétiques ou cosmétiques;
- f) une tentative de suicide;
- g) des blessures que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit alors sain d'esprit ou non.

De plus, aucune prestation n'est payable durant toute période au cours de laquelle :

- a) l'adhérent purge une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement similaire;
- b) l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf s'il se trouve dans un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- c) l'adhérent occupe une fonction ou effectue un travail lui rapportant un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail selon les conditions décrites à la section 3 « Gestion de l'invalidité ».

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX

CLAUSE 14 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Portée de la garantie

Les frais relatifs à des soins, services, produits ou articles décrits dans les sections suivantes sont admissibles à un remboursement par SSQ, sous réserve de ce qui y est prévu. Ces soins, services, produits ou articles ainsi que les frais qui y sont relatifs sont remboursables selon les paramètres décrits au « Résumé des protections » et doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- l'assuré est couvert par la présente garantie au moment où il les reçoit ou les achète;
- ils sont conformes aux normes de la pratique courante des professionnels de la santé concernés;
- ils sont conformes aux indications données par le fabricant ou à celles approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils sont prescrits par un médecin lorsqu'une telle exigence est prévue au « Résumé des protections »;
- ils sont nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Recommandation d'évaluation préalable

SSQ recommande à l'assuré de communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ avant de recevoir des soins ou services ou d'acheter des produits ou des articles médicaux coûteux afin d'obtenir la confirmation que ces frais sont admissibles à un remboursement.

2. Calcul du remboursement

Le remboursement des frais admissibles auquel l'assuré a droit dépend de la franchise, de la coassurance et des maximums prévus au « Résumé des protections ».

3. Droit d'exemption

Si l'adhérent est admissible à une garantie de soins médicaux d'un autre contrat d'assurance collective au moment où il devient admissible à la présente garantie, il peut demander à l'administrateur de son régime d'être exempté de la présente garantie, pourvu qu'il soit assuré en vertu de la garantie de l'autre contrat.

Si l'adhérent devient admissible à une garantie de soins médicaux d'un autre contrat d'assurance collective en cours d'assurance, il peut demander à l'administrateur de son régime d'être exempté de la présente garantie, pourvu qu'il soit assuré en vertu de la garantie de l'autre contrat. Le CRSS se terminera alors à la fin de l'année civile de la date de début de l'exemption.

Dans les 31 jours où l'adhérent cesse d'être assuré par la garantie lui ayant permis d'être exempté de la présente garantie, il doit en aviser SSQ par écrit, en spécifiant la garantie d'assurance soins médicaux désirée. Si SSQ reçoit l'avis dans ce délai, l'assurance en vertu de la garantie sélectionnée entre en vigueur rétroactivement à la date de la cessation de l'admissibilité de l'adhérent à la garantie de l'autre contrat d'assurance collective. Au-delà de ce délai, la garantie d'assurance soins médicaux de base sera accordée à l'adhérent jusqu'à la prochaine période d'adhésion annuelle et cette garantie entrera en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit l'avis. De plus, à ce moment, le Preneur informera SSQ du solde acquis du CRSS pour l'année civile en cours.

4. Droit de transformation pour les employés

Si un assuré cesse d'être admissible à la garantie de soins médicaux (base ou optionnels), cette garantie peut être transformée, sans preuves d'assurabilité, en une assurance maladie pour particuliers, excluant les médicaments, offerte par SSQ si l'assuré en fait la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de cessation de son admissibilité.

Toutefois, pour les médicaments, l'assuré résidant au Québec doit s'inscrire, de même que son conjoint et ses enfants à charge, au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) lors de la terminaison de la présente garantie, à moins qu'il soit admissible à un autre régime d'assurance collective couvrant les médicaments.

6. Frais relatifs à un accident du travail ou d'automobile

La plupart des frais médicaux ou hospitaliers payés en raison d'un accident du travail peuvent être remboursables en totalité par l'organisme responsable de la santé et de la sécurité du travail de la province de résidence de l'assuré.

La plupart des frais médicaux et hospitaliers payés en raison d'un accident de la route peuvent être remboursables en totalité par le régime d'assurance automobile de la province de résidence de l'assuré.

L'assuré doit d'abord demander le remboursement de ces frais à ces organismes.

7. Frais médicaux couverts par les gouvernements provincial et fédéral

Dans chaque province, les gouvernements offrent des programmes couvrant certains frais médicaux. SSQ invite l'assuré à s'informer auprès des instances gouvernementales de sa province de résidence pour obtenir de l'information au sujet des programmes offerts avant de faire parvenir une demande de prestations à SSQ. Le Service à la clientèle de SSQ peut également fournir à l'assuré de l'information à ce sujet.

8. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du présent document sont directement réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que l'assuré en ait fait la demande ou non.

Si l'assuré a droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais engagés pour les soins, services, produits ou articles reçus.

L'adhérent et son conjoint doivent initialement faire leurs demandes de prestations en vertu de la garantie de leur régime d'assurance collective respectif.

Si l'adhérent et son conjoint détiennent un statut de protection familial pour la garantie de soins médicaux, les demandes de prestations pour leurs enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année. Si l'adhérent est

séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant à charge. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année.

L'adhérent peut faire une demande de prestations en vertu de la garantie du régime de son conjoint pour toute somme qui n'est pas remboursée par SSQ et vice versa.

9. Délai pour soumettre une demande de prestations

SSQ suggère d'effectuer les demandes de prestations tous les 3 mois.

SSQ refuse toute demande de prestations présentée plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

10. Exclusions

Cette garantie ne couvre aucun soin, service, produit ou article relié directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que l'assuré commet ou tente de commettre;
- b) la participation active de l'assuré à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre ou une guerre civile, déclarée ou non;
- d) le service actif de l'assuré dans les forces armées d'un pays.

De plus, aucune prestation n'est payable pour des soins, services, produits ou articles :

- a) payables en vertu d'un régime public institué au terme de toute loi sociale, notamment une loi sur l'assurance hospitalisation, l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou relative à un accident automobile de la province de résidence de l'assuré, que ce dernier soit admissible ou non à un tel régime;
- b) reçus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales;
- c) dont le coût est habituellement à la charge d'organismes publics;

- d) exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- e) reçus à des fins esthétiques ou cosmétiques, sauf si spécifié autrement;
- f) utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la recherche médicale.

11. Prolongation de la protection

Lors du décès de l'adhérent, si la garantie d'assurance soins médicaux est alors en vigueur pour son conjoint et ses enfants à charge, leur participation à la garantie d'assurance soins médicaux de base ou médicaments seulement (pour les retraités) est maintenue sans paiement de primes, jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin de la période de 24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;
- la date à laquelle l'adhérent aurait atteint l'âge de 65 ans;
- la date à laquelle l'assurance du conjoint et des enfants à charge aurait pris fin n'eût été du décès de l'adhérent;
- la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition de conjoint ou d'enfant à charge prévue au présent document;
- la date à laquelle le conjoint et les enfants à charge deviennent admissibles à un autre contrat comportant une garantie similaire;
- la date de terminaison du contrat.

Quant au CRSS, il se termine à la fin de l'année civile au cours de laquelle survient le décès de l'adhérent.

À la fin de la prolongation, le conjoint et les enfants à charge peuvent exercer leur droit de transformation, aux conditions applicables à ce moment.

CLAUSE 15 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - CHAMBRE D'HÔPITAL AU CANADA

1. Frais admissibles

Cette garantie couvre le coût quotidien d'une chambre d'hôpital semi-privée en excédent des frais hospitaliers en salle ordinaire.

Les frais admissibles sont indiqués au « Résumé des protections » pourvu que l'assuré soit admis dans un hôpital au Canada pour y recevoir un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse.

2. Demande de prestations

L'assuré doit présenter la carte SSQ à l'hôpital qui se charge de présenter la demande à SSQ.

3. Exclusions

Les frais suivants ne sont pas couverts :

- a) les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) qui sont demandés à l'assuré par l'hôpital;
- b) la contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou pour des soins de longue durée.

CLAUSE 16 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - MÉDICAMENTS

1. Frais admissibles

Cette garantie couvre les frais pour les médicaments satisfaisant aux conditions suivantes :

- a) être porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b) être prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- c) être disponibles exclusivement en pharmacie;
- d) être vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

De plus, la garantie couvre :

- les anovulants et les stérilets prescrits par un médecin;
- l'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles et les bandelettes pour les personnes diabétiques;
- les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré.

Pour les médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

Médicaments d'exception

Les médicaments dits « d'exception » sont couverts seulement s'ils satisfont aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales. Une autorisation préalable de SSQ est requise pour que ces médicaments soient admissibles.

2. Demande de prestations

2.1 Avec la carte SSQ et le mode de paiement différé

Le présent régime d'assurance collective offre la possibilité de recourir au mode de paiement différé pour les frais de médicaments admissibles.

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à SSQ.

L'assuré n'a qu'à présenter la carte SSQ à son pharmacien lors de l'achat de médicaments et payer la totalité des frais; le pharmacien transmet la demande de prestations à SSQ par l'entremise de son système informatique.

SSQ rembourse les demandes de prestations accumulées à la première des éventualités suivantes :

- lorsque la somme des frais admissibles atteint 75 \$;
- lorsque 15 jours se sont écoulés depuis la première transaction donnant droit à un remboursement;
- lorsque l'assuré a droit à des prestations en vertu d'une autre clause de la garantie d'assurance soins médicaux.

Lorsque l'assuré a déjà présenté sa carte à un pharmacien, il n'est pas nécessaire de la présenter lors de ses achats subséquents puisque le pharmacien conserve l'information au dossier de l'assuré. Cependant, si l'assuré change de groupe (lors d'un changement d'emploi, par exemple) ou de pharmacie, il doit présenter la carte SSQ au pharmacien lors de la visite qui suit ce changement.

2.2 Sans la carte SSQ

Si l'assuré ne présente pas la carte SSQ au pharmacien ou si ce dernier lui suggère de présenter sa demande de prestations à SSQ, l'assuré peut procéder ainsi :

a) Avec le coupon de demande de prestations

Un coupon de demande de prestations est joint au certificat d'assurance de l'adhérent. Ce coupon peut être utilisé en tout temps pour effectuer une demande de prestations. Il suffit de faire parvenir l'original du reçu ou de la facture acquittée, accompagné du coupon dûment rempli. Un nouveau coupon accompagne le chèque de remboursement afin de permettre à

l'assuré de faire à nouveau une demande de prestations. Ce coupon est aussi disponible sur le site Internet de SSQ.

b) Sans le coupon de demande de prestations

Si l'assuré n'a pas de coupon de demande de prestations à sa disposition, il peut transmettre l'original de ses factures acquittées avec une note indiquant clairement :

- le nom et l'adresse de l'adhérent;
- le numéro de certificat ou le numéro d'assurance sociale de l'adhérent;
- le prénom et la date de naissance de l'assuré pour qui les frais ont été payés.

Si les frais ont été payés pour un enfant étudiant à la charge de l'adhérent, les renseignements suivants doivent également être transmis avec la demande de prestations :

- le nom de l'institution scolaire que l'enfant à charge fréquente;
- le programme auquel il est inscrit;
- l'année scolaire pour laquelle il est inscrit.

3. Exclusions

Les soins, services, produits ou articles suivants ne sont pas couverts, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif;
- c) les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits « orphelins »;
- d) les produits dits naturels;

- e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation.

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant. Un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit être présenté à SSQ;

- f) les écrans solaires.

Toutefois, les écrans solaires nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie devant être traitée avec de tels produits peuvent être admissibles. Un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit être présenté à SSQ;

- g) les médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;

- h) les hormones de croissance.

Toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;

- i) les services dont le coût doit être payé par l'assuré sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;

- j) les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile (Viagra et autres médicaments similaires);

- k) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.

CLAUSE 17 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1. Frais admissibles

La garantie de soins médicaux couvre les frais relatifs à des soins, services, produits ou articles obtenus auprès des professionnels de la santé désignés ci-après.

Un seul traitement par jour par le même professionnel est admissible pour le même assuré, et ce, sans égard au nombre de spécialités que le professionnel pratique.

Par ailleurs, les frais sont admissibles dans la mesure où le professionnel de la santé est membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre. Si un tel ordre n'existe pas, le professionnel doit être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ.

De plus, les frais ne sont admissibles que si le professionnel de la santé ne réside pas avec l'assuré ni n'est parent avec ce dernier.

Acupuncteur

Audiologiste

Chiropraticien

Les frais sont remboursables selon les paramètres prévus au « Résumé des protections ».

Limitations

Toutefois, si le régime provincial d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré couvre ces frais en partie, SSQ rembourse uniquement la partie des frais qui n'est pas payable par ce régime, à moins que la loi l'interdise.

Chiropraticien - Radiographie

Radiographie destinée à établir la nécessité de pratiquer des corrections de la colonne vertébrale, des os du bassin ou des autres articulations.

Limitations

Toutefois, si le régime provincial d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré couvre ces frais en partie, SSQ rembourse uniquement la partie des frais qui n'est pas payable par ce régime, à moins que la loi l'interdise.

Diététiste

Ergothérapeute

Homéopathe et remèdes homéopathiques

Consultation et remèdes fournis par un homéopathe ou un pharmacien licencié sur prescription d'un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire ou sur recommandation d'un homéopathe.

Kinésithérapeute

Massothérapeute

Naturopathe

Consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires, pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels.

Exclusion

Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres produits ou services ne sont pas couverts.

Orthophoniste

Orthothérapeute

Ostéopathe

Exclusion

Les radiographies effectuées par un ostéopathe ne sont pas couvertes.

Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique

Les frais d'un thérapeute du sport sont également remboursables.

Limitations

Le thérapeute en réadaptation physique doit être supervisé par un physiothérapeute ou un physiatre.

Podiatre

Les frais sont remboursables selon les paramètres prévus au « Résumé des protections ».

Limitations

Toutefois, si le régime provincial d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré couvre ces frais en partie, SSQ rembourse uniquement la partie des frais qui n'est pas payable par ce régime, à moins que la loi l'interdise.

Exclusion

Les radiographies effectuées par un podiatre ne sont pas couvertes.

Psychologue

2. Demande de prestations

L'assuré doit présenter l'original du reçu ou de la facture acquittée pour les soins, services, produits ou articles obtenus de l'un des professionnels de la santé énumérés ci-dessus.

Le reçu ou la facture acquittée doit fournir les renseignements suivants :

- a) le nom du professionnel, le nom de l'association ou de l'ordre dont il est membre ainsi que son numéro de membre;
- b) la date à laquelle les soins ou services ont été rendus ou les produits ou articles achetés;
- c) le coût des soins, services, produits ou articles;
- d) le nom de l'assuré pour lequel les soins, services, produits ou articles ont été obtenus.

Pour effectuer une demande de prestations, l'assuré peut procéder ainsi :

2.1 Avec le coupon de demande de prestations

Un coupon de demande de prestations est joint au certificat d'assurance de l'adhérent. Ce coupon peut être utilisé en tout temps pour effectuer une demande de prestations. Il suffit de faire parvenir l'original du reçu ou de la facture acquittée émis par le professionnel qui a fourni les soins, services, produits ou articles, accompagné du coupon dûment rempli.

Un nouveau coupon accompagne le chèque de remboursement afin de permettre à l'assuré de faire à nouveau une demande de prestations. Ce coupon est aussi disponible sur le site Internet de SSQ.

2.2 Sans coupon de demande de prestations

Si l'assuré n'a pas de coupon de demande de prestations à sa disposition, il peut transmettre l'original du reçu ou de la facture émis par le professionnel qui a fourni les soins, services, produits ou articles avec une note indiquant clairement :

- le nom et l'adresse de l'adhérent;
- le numéro de certificat ou le numéro d'assurance sociale de l'adhérent;
- le prénom et la date de naissance de l'assuré pour qui les frais ont été payés.

Si les frais ont été payés pour un enfant étudiant à la charge de l'adhérent, les renseignements suivants doivent également être transmis avec la demande de prestations :

- le nom de l'institution scolaire que l'enfant à charge fréquente;
- le programme auquel il est inscrit;
- l'année scolaire pour laquelle il est inscrit.

2.3 Soins ou produits nécessitant une prescription

L'assuré doit joindre la prescription ainsi que l'original du reçu ou de la facture acquittée à sa demande de prestations.

CLAUSE 18 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - SOINS DE LA VUE (SOINS MÉDICAUX OPTIONNELS SEULEMENT)

1. Frais admissibles

La garantie couvre les frais relatifs aux soins de la vue décrits ci-après.

Examen de la vue

Examen de la vue effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Lunettes

Frais d'achat de lunettes, pour correction de la vue, sur prescription d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Lentilles cornéennes

Frais d'achat de lentilles cornéennes, pour correction de la vue, sur prescription d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Correction visuelle par laser

Correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme par chirurgie au laser, sur prescription d'un ophtalmologiste.

2. Demande de prestations

L'assuré doit présenter l'original du reçu ou de la facture acquittée pour les soins, services, produits ou articles obtenus auprès d'un optométriste ou un ophtalmologiste.

Le reçu ou la facture acquittée doit fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'optométriste ou de l'ophtalmologiste ainsi que son numéro de membre;
- la date à laquelle les soins ou services ont été rendus ou les produits ou articles achetés;
- le coût des soins, services, produits ou articles;
- le nom de l'assuré pour qui les soins, services, produits ou articles ont été obtenus.

Pour effectuer une demande de prestations, l'assuré peut procéder ainsi :

2.1 Avec le coupon de demande de prestations

Un coupon de demande de prestations est joint au certificat d'assurance de l'adhérent. Ce coupon peut être utilisé en tout temps pour effectuer une demande de prestations. Il suffit de faire parvenir l'original du reçu ou de la facture acquittée émis par l'optométriste ou l'ophtalmologiste qui a fourni les soins, services, produits ou articles, accompagné du coupon de demande de prestations dûment rempli. Un nouveau coupon accompagne le chèque de remboursement afin de permettre à l'assuré de faire à nouveau une demande de prestations. Ce coupon est aussi disponible sur le site Internet de SSQ.

2.2 Sans coupon de demande de prestations

Si l'assuré n'a pas de coupon de demande de prestations à sa disposition, il peut transmettre l'original du reçu ou de la facture acquittée émis par le professionnel qui a fourni les soins, services, produits ou articles avec une note indiquant clairement :

- le nom et l'adresse de l'adhérent;
- le numéro de certificat ou le numéro d'assurance sociale de l'adhérent;
- le prénom et la date de naissance de l'assuré pour qui les frais ont été payés.

Si les frais ont été payés pour un enfant étudiant à la charge de l'adhérent, les renseignements suivants doivent également être transmis avec la demande de prestations :

- le nom de l'institution scolaire que l'enfant à charge fréquente;
- le programme auquel il est inscrit;
- l'année scolaire pour laquelle il est inscrit.

CLAUSE 19 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - AUTRES FRAIS MÉDICAUX

1. Frais admissibles

Ambulance et transport par avion ou par train

Transport en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Le transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels, lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport, est également couvert.

Programmes gouvernementaux

Certains programmes gouvernementaux remboursent les frais d'ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Si l'assuré est âgé de 65 ans ou plus, SSQ l'invite à s'informer de l'existence de tels programmes auprès du gouvernement de sa province de résidence avant de soumettre sa demande de prestations à SSQ.

Analyses de laboratoire

Analyses des tissus et des liquides biologiques (sang, urine, etc.), effectuées en laboratoire privé, du même type que celles disponibles en centre hospitalier, à des fins de prévention ou de diagnostic.

Appareil auditif

Achat, ajustement, remplacement ou réparation d'un appareil auditif. Les honoraires de l'audioprothésiste sont également couverts.

Appareil d'assistance respiratoire

Frais de location ou d'achat, selon le moyen le plus économique. L'oxygène est également couvert par la présente clause.

Appareils orthopédiques

Frais d'achat, d'ajustement, de location, de remplacement ou de réparation de corset, d'attelles, de béquilles, de plâtre et d'articles pour grand brûlé.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être remboursés jusqu'à concurrence du prix de l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base.

Aux fins de la présente, les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques.

Appareils thérapeutiques

Frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat (pompe à insuline, injecteur sans aiguille), selon le mode le plus économique, d'un appareil thérapeutique.

Aux fins de la présente, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le réflectomètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre ou les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur ou autres accessoires ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Frais d'achat de bas de contention à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

Frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation de chaussures orthopédiques.

Par chaussures orthopédiques, on entend des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé droit ou les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Dennis Browne sont également admissibles. Elles doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied et être obtenues dans un laboratoire

orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Chaussures profondes

Frais d'achat, de correction ou de réparation de chaussures préfabriquées de type profond. Ces chaussures doivent être nécessaires pour corriger un défaut du pied et être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Exclusion

Les espadrilles et les sandales ne sont pas couvertes.

Cure de désintoxication

Coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services liés au traitement, dans une clinique spécialisée en réhabilitation pour alcooliques ou toxicomanes. Les frais sont admissibles pourvu que les conditions suivantes soient satisfaites :

- la clinique est située au Canada;
- l'assuré y reçoit un traitement curatif;
- la clinique est reconnue et accréditée par les autorités compétentes.

Échographie

Échographie subie à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins de prévention ou de diagnostic.

Électrocardiogramme

Électrocardiogramme subi à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins de prévention ou de diagnostic.

Fauteuil roulant et marchette

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant et la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Glucomètre (Réflectomètre)

Appareil mesurant le taux de glucose sanguin.

Injections sclérosantes

Substances injectées pour le traitement des varices.

Limitations

Les frais sont admissibles pourvu que le traitement soit reçu à des fins curatives et non esthétiques. Les substances doivent être fournies et administrées par un médecin.

Exclusion

Les honoraires du médecin ne sont pas couverts.

Lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un lit d'hôpital. Le lit d'hôpital doit être semblable à celui habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Médecin – Soins reçus hors de la province de résidence mais au Canada lors d'une situation non urgente

Honoraires d'un médecin pour des soins médicaux ou chirurgicaux, non reliés à un accident ou à une maladie subite et inattendue, reçus par l'assuré dans une province du Canada autre que la province de résidence de l'assuré.

Seuls les soins qui font l'objet de prestations du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré sont couverts et uniquement pour la partie des honoraires qui excède ces prestations, jusqu'à concurrence de la différence entre les honoraires prévus pour les soins en cause par le régime d'assurance maladie

de la province où les soins sont prodigués et ceux prévus par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

Neurostimulateur transcutané

Frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenteur d'un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Limitations

Les frais admissibles sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

Prothèse externe et membre artificiel

Les frais sont admissibles si l'invalidité causant la perte du membre naturel survient alors que l'assuré est couvert par cette clause. Le remboursement maximal est de 5 000 \$ par prothèse ou membre artificiel.

Exclusion

Les prothèses dentaires, les appareils auditifs, les lunettes et les lentilles cornéennes sont exclus, à moins d'être admissibles dans une autre clause de la garantie de soins médicaux.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

Radiographies effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins de prévention ou de diagnostic.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soins infirmiers

Soins donnés de façon continue et exclusive à l'assuré, à son domicile, par un infirmier licencié ou un infirmier auxiliaire licencié qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier.

Soutiens-gorges postopératoires

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles

Honoraires d'un chirurgien-dentiste pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles en raison d'un accident.

Aux fins de cette clause, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même ou soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.

Les frais sont admissibles pourvu que les conditions suivantes soient satisfaites :

- l'accident survient lorsque l'assuré est couvert en vertu de la présente clause;
- les soins sont administrés par un chirurgien-dentiste ou un denturologiste licencié;
- les soins ou services sont donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident, pourvu que la présente clause soit toujours en vigueur.

Limitations

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants et pour les actes prévus au guide de l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'assuré pour l'année au cours de laquelle les soins ou services sont reçus.

Exclusions

Tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

Le bris de dents, indépendamment de sa nature ou de sa cause, survenu en mangeant n'est pas couvert.

2. Demande de prestations

L'assuré doit présenter l'original du reçu ou de la facture acquittée pour les soins, services, produits ou articles obtenus énumérés ci-dessus.

Le reçu ou la facture acquittée doit fournir les renseignements suivants :

- a) le nom du professionnel qui a rendu les soins ou services, le nom de l'association dont il est membre ainsi que son numéro de membre, ou les coordonnées du fournisseur où ont été achetés les produits ou articles;
- b) la date à laquelle les soins ou services ont été rendus ou les produits ou articles achetés;
- c) le coût des soins, services, produits ou articles;
- d) le nom de l'assuré pour qui les soins, services, produits ou articles ont été obtenus.

Pour effectuer une demande de prestations, l'assuré peut procéder ainsi :

2.1 Avec le coupon de demande de prestations

Un coupon de demande de prestations est joint au certificat d'assurance de l'adhérent. Ce coupon peut être utilisé en tout temps pour effectuer une demande de prestations. Il suffit de faire parvenir l'original du reçu ou de la facture acquittée émis par le professionnel ou le fournisseur qui a fourni les soins, services, produits ou articles, accompagné du coupon dûment rempli. Un nouveau coupon accompagne le chèque de remboursement afin de permettre à l'assuré de faire à nouveau une demande de prestations. Ce coupon est aussi disponible sur le site Internet de SSQ.

2.2 Sans coupon de demande de prestations

Si l'assuré n'a pas de coupon de demande de prestations à sa disposition, il peut transmettre l'original du reçu ou de la facture acquittée émis par le professionnel qui a fourni les soins, services, produits ou articles avec une note indiquant clairement :

- le nom et l'adresse de l'adhérent;
- le numéro de certificat ou le numéro d'assurance sociale de l'adhérent;
- le prénom et la date de naissance de l'assuré pour qui les frais ont été payés.

Si les frais ont été payés pour un enfant étudiant à la charge de l'adhérent, les renseignements suivants doivent également être transmis avec la demande de prestations :

- le nom de l'institution scolaire que l'enfant à charge fréquente;
- le programme auquel il est inscrit;
- l'année scolaire pour laquelle il est inscrit.

2.3 Soins, services, produits ou articles nécessitant une prescription

L'assuré doit joindre la prescription ainsi que l'original du reçu ou de la facture acquittée à sa demande de prestations.

CLAUSE 20 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE

Pour obtenir toute information avant le départ, une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles lorsque requise ou pour demander de l'assistance, l'assuré peut communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou aux États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat apparaissant sur la carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Portée de la garantie

Si l'assuré décède, s'il est blessé accidentellement ou atteint d'une maladie subite et inattendue pendant qu'il est en voyage, SSQ s'engage à considérer comme admissibles les frais décrits ci-après et qui sont engagés en cas d'urgence et durant le voyage, jusqu'à un maximum de remboursement de 5 000 000 \$ par assuré par voyage.

Les frais décrits ci-après sont admissibles pour autant que l'assuré soit protégé par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

L'assurance voyage couvre l'excédent des frais remboursables en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré jusqu'à concurrence des montants maximums indiqués ci-après.

2. Maladie subite et inattendue

Si l'assuré est déjà atteint d'une maladie ou d'une affection connue, il doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable. Un état de santé est considéré instable notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
 - s'est aggravée;

- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
 - est en phase terminale d'évolution;
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.
- qu'il peut effectuer ses activités habituelles;
 - et
 - qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut fournir à l'assuré des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et lui indiquer si son état de santé le rend admissible ou non à la présente protection.

3. Frais admissibles

3.1 Hospitalisation

Hospitalisation dans un hôpital où l'assuré reçoit un traitement curatif.

3.2 Honoraires

Honoraires des professionnels de la santé suivants :

Médecin

Honoraires pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires.

Infirmier

Honoraires d'un infirmier licencié pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital.

Limitations

SSQ paie les frais admissibles jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

L'infirmier ne doit pas être parent de l'assuré, ni être son compagnon de voyage.

Chiropraticien, podiatre ou physiothérapeute

Chirurgien-dentiste

Honoraires d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles.

L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et seuls les frais payés alors que cette protection est en vigueur sont couverts.

Les soins peuvent être obtenus après le retour de l'assuré dans sa province de résidence et les frais doivent être payés dans les 12 mois suivant l'accident.

Limitations

SSQ paie les frais admissibles jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

3.3 Médicaments

Médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale.

3.4 Transport

Ambulance

Frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de l'assuré

Frais de rapatriement de l'assuré vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate et frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les frais doivent avoir été préalablement approuvés par SSQ ou son service d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique, compte tenu de l'état de santé de l'assuré.

Transport d'une escorte médicale en avion

Frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de l'assuré ni un de ses compagnons de voyage, mais qui est exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de l'assuré. Les frais doivent avoir été préalablement approuvés par SSQ ou par son service d'assistance voyage.

Transport d'un proche parent

Frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport d'un proche parent, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'hôpital où l'assuré séjourne depuis au moins 7 jours. Les frais admissibles à ce titre, qui incluent le transport d'un proche parent qui doit identifier le corps de l'assuré décédé avant le retour de celui-ci, sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ par voyage.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public le plus économique (autobus, train ou avion).

La nécessité de la visite doit être confirmée par les autorités locales ou le médecin traitant. Les frais doivent avoir été préalablement approuvés par SSQ ou par son service d'assistance voyage.

Transport du corps de l'assuré en cas de décès

Frais de préparation et de retour du corps de l'assuré par la route la plus directe pour le rendre au point de départ de l'assuré au Canada, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$. Les frais

doivent avoir été préalablement approuvés par SSQ ou par son service d'assistance voyage.

Retour du véhicule personnel ou du véhicule de location

Frais de retour du véhicule personnel de l'assuré vers sa résidence ou du véhicule loué par l'assuré vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. L'assuré doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant et ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Les frais doivent avoir été préalablement approuvés par SSQ ou par son service d'assistance voyage.

3.5 Services, produits et articles

Les frais pour les services, produits ou articles suivants sont également admissibles :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- frais d'analyses de laboratoire et de radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

3.6 Frais de subsistance

Frais d'hébergement ou de repas dans un établissement commercial payés par l'assuré parce qu'il a reporté son retour en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

Limitations

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. SSQ paie les frais admissibles jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour, pour un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes assurées.

3.7 Services d'assistance voyage

La présente garantie couvre les services d'assistance voyage. Ces services ne sont pas disponibles dans tous les pays et peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

Les services offerts sont les suivants, lorsque nécessaires :

- a) diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré d'effectuer un dépôt monétaire, si possible;
- c) assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- d) coordonner le retour et le transport de l'assuré aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet de l'assuré ou pour identifier un assuré décédé ou coordonner son rapatriement;
- g) prendre les dispositions pour le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave.

Exclusion

Les frais d'avocat ne sont pas couverts.

4. Coordination et réduction des prestations

Les prestations payables en vertu de l'assurance voyage sont réduites des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Toutefois, si l'assuré a droit pour les mêmes frais à des prestations en vertu d'autres clauses de la garantie de soins médicaux, les prestations sont payables uniquement en vertu de l'assurance voyage.

5. Exclusions spécifiques à l'assurance voyage

Cette protection ne couvre pas les frais :

- a) engagés en raison du refus de l'assuré d'être rapatrié dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) engagés par l'assuré hors de sa province de résidence alors que ces frais auraient pu être engagés ou payés dans sa province de résidence, sans danger pour sa vie ou sa santé. Le fait que les soins offerts dans la province de résidence de l'assuré soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- c) engagés dans un pays où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas voyager.

La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où le gouvernement du Canada émet une recommandation de ne pas y séjourner, pour autant qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;

- d) engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence, à moins d'indication à l'effet contraire;
- e) payés ou payables en vertu d'un régime public institué au terme de toute loi sociale;
- f) relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent;

- g) engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- h) engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- i) engagés pour un assuré dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- j) engagés en raison d'un acte criminel que l'assuré commet ou tente de commettre;
- k) engagés en raison de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool ainsi que des conséquences qui s'ensuivent;
- l) engagés en raison d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Seuls les frais payés pour la préparation et le retour du corps de l'assuré sont admissibles;
- m) engagés en raison des blessures que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit alors sain d'esprit ou non;
- n) engagés à la suite des blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, bungee, parachutisme ou toute autre activité du même genre, alpinisme, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicule motorisé ainsi que toute activité sportive comportant une rémunération;
- o) relatifs à une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

6. Demande de prestations

Lors d'une situation d'urgence survenant durant le séjour de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, tous les services d'assistance décrits à la section 3.7 « Services d'assistance voyage » et la majorité des frais admissibles décrits précédemment sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ POUR AUTANT QUE L'ASSURÉ COMMUNIQUE AVEC SES REPRÉSENTANTS.

Lors du retour de l'assuré au pays, le service d'assistance voyage de SSQ lui acheminera les documents lui permettant de transmettre :

- sa demande de prestations accompagnée de l'original des reçus et des factures acquittées pour les frais admissibles engagés;
- l'autorisation d'obtenir, au nom de l'assuré, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ, une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles lorsque requise ou pour demander de l'assistance, l'assuré peut communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou aux États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat apparaissant sur la carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

CLAUSE 21 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

1. Portée

Si l'assuré annule ou interrompt un voyage, SSQ s'engage à payer les frais admissibles engagés dans la mesure où :

- ils sont payés d'avance par l'assuré;
- au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

SSQ rembourse les frais jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré, par voyage.

2. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à la garantie d'assurance annulation de voyage :

a) **Activité à caractère commercial**

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité doit être la seule raison du voyage projeté.

b) **Associé en affaires**

Personne avec qui l'assuré est associé en affaires pour l'exploitation d'une société par action composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

c) **Compagnon de voyage**

Personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

d) Frais de voyage payés d'avance

Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Les sommes suivantes sont également considérées comme des frais de voyage payés à l'avance :

- les sommes déboursées lors de réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait;
- et
- les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

e) Hôte à destination

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant qu'il s'agisse de la résidence principale de l'hôte à destination.

f) Membre de la famille

Conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, soeur, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru, grands-parents et petits-enfants.

g) Voyage

Est considéré comme voyage, un voyage touristique ou d'agrément ou une activité à caractère commercial nécessitant :

- une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 2 nuitées consécutives;
- et
- un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence.

Une croisière d'une durée d'au moins 2 nuitées consécutives sous la responsabilité d'un commerce accrédité est également considérée comme un voyage.

3. Causes d'annulation admissibles

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

- a) une maladie ou un accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, son associé en affaires ou un membre de sa famille. La maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) le décès de l'adhérent, du conjoint de l'adhérent, d'un des enfants de l'adhérent ou du conjoint d'un des enfants de l'adhérent, du compagnon de voyage de l'adhérent ou d'un des associés en affaires de l'adhérent;
- c) le décès d'un membre de la famille de l'adhérent ou de la famille du compagnon de voyage de l'adhérent (autres que les personnes citées au point précédent), pourvu que les funérailles aient lieu au cours de la période du voyage ou dans les 14 jours qui le précèdent;
- d) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;
- e) le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de l'assuré, d'un membre de la famille du compagnon de voyage de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré;
- f) le décès d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- g) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- h) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage. La personne convoquée doit avoir entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Une convocation ou assignation à comparaître n'est pas considérée admissible aux fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée :

- intente une poursuite;

ou

- est une partie poursuivie;
- i) la mise en quarantaine de l'assuré. La mise en quarantaine doit se terminer 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produire au cours de la période du voyage;
- j) le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- k) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage;
- l) le transfert, pour un même employeur, de l'assuré à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- m) le terrorisme, la guerre, déclarée ou non, ou une épidémie dans le pays où l'assuré doit se rendre. Le gouvernement du Canada doit avoir émis une recommandation de ne pas voyager dans ce pays. Cette recommandation doit être en vigueur pour la période du voyage et avoir été émise après que l'assuré ait finalisé les arrangements relatifs au voyage;
- n) le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ. Le moyen de transport utilisé doit prévoir une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ, ou au moins 2 heures avant l'heure du départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres.

Le retard doit être causé par :

- des difficultés mécaniques (sauf celles reliées à l'automobile de l'assuré);
- un accident de la circulation;
- la fermeture d'urgence d'une route.

Ces deux dernières causes doivent être appuyées par un rapport de police.

- o) des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public utilisé par l'assuré au point de départ du voyage soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
 - ou
 - après le départ, l'assuré ne puisse effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur. La correspondance prévue après le départ doit être retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- p) un sinistre survenant à l'établissement commercial ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec qui l'assuré avait pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial.

Limitations

SSQ rembourse les frais de transport et d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

4. Frais admissibles

4.1 En cas d'annulation avant le départ

- a) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- b) les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section 2. « Causes d'annulation admissibles » et que l'assuré décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence

de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;

- c) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

4.2 En cas de départ manqué ou d'interruption de voyage

Coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.

Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré tel que décrit à la section 3 n).

Le voyage doit être interrompu temporairement en raison d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, tel que décrit à la section 3 a).

4.3 En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le retour jusqu'au point de départ, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le retour de l'assuré jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ;

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

Limitations

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de la période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont admissibles pourvu qu'avant la date du début du voyage, il ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

4.4 Transport aller et retour

L'assurance couvre les frais de transport par le moyen le plus économique pour que l'assuré revienne dans sa province de résidence et pour qu'il retourne ensuite à l'endroit où il était en voyage si le retour est attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille ou d'une personne dont il est le tuteur ou le liquidateur testamentaire;
- b) un sinistre ayant rendu la résidence principale de l'assuré inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

5. Coordination et réduction des prestations

Les prestations payables en vertu de l'assurance annulation de voyage sont réduites des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Toutefois, si l'assuré a droit pour les mêmes frais à des prestations en vertu d'autres clauses de la garantie de soins médicaux, les prestations sont payables uniquement en vertu de l'assurance annulation de voyage.

6. Limitations

En cas d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur dans un délai maximal de 48 heures ou, s'il s'agit d'un jour férié, le premier jour ouvrable suivant. SSQ doit en être avisée au même moment.

La responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Toutefois, cette limitation ne s'applique pas si l'assuré et son conjoint démontrent, à la satisfaction de SSQ, qu'ils étaient dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt qu'une de ces personnes est en mesure de le faire. La responsabilité de SSQ est alors limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

7. Exclusions spécifiques à l'assurance annulation de voyage

La présente clause ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, si le gouvernement du Canada recommande de ne pas séjourner dans le pays.

Cette exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre y éclate et que le gouvernement du Canada recommande par la suite de quitter le pays. L'assuré doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter le pays dans les meilleurs délais;

- b) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré;
- c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- d) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, qu'il soit alors sain d'esprit ou non;
- e) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, bungee, parachutisme ou toute autre activité du même genre, la pratique de l'alpinisme, de sports extrêmes ou de combat, la

participation à toute compétition de véhicule motorisé ou à toute activité sportive comportant une rémunération;

- f) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;
- g) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- h) un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

8. Demande de prestations

Pour effectuer une demande de prestations, l'assuré doit communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou aux États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat apparaissant sur la carte SSQ devra être fourni au moment de l'appel.

Lors de la demande, l'assuré devra fournir les preuves justificatives suivantes :

- a) les titres de transport inutilisés;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) les reçus pour les arrangements de voyage. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de prestations ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur doivent être transmis à SSQ;

- d) les documents officiels attestant la cause de l'annulation.
Si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant dans la localité où la maladie ou l'accident est survenu. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- e) le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- f) le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial attestant que l'activité est annulée et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'activité;
- h) tout autre rapport exigé par SSQ permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

CLAUSE 22 - ASSURANCE SOINS DENTAIRES OPTIONNELLE

1. Portée de la garantie

Les frais relatifs à des soins, services, produits ou articles décrits dans les sections suivantes sont admissibles à un remboursement par SSQ. Ces soins, services, produits ou articles ainsi que les frais qui y sont relatifs sont remboursables selon les paramètres décrits au « Résumé des protections » et doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- ils sont obtenus alors que l'assuré est couvert par la présente garantie;
- ils s'appliquent à des services rendus par un dentiste, un dentiste spécialiste ou un denturologiste légalement autorisé par un organisme responsable, qui ne réside pas avec l'assuré et qui n'est pas parent avec ce dernier;
- ils sont conformes aux normes de la pratique courante des dentistes, des dentistes spécialistes ou des denturologistes;
- ils sont conformes aux indications données par le fabricant ou à celles approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils ont été acquittés.

2. Calcul du remboursement

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants prévus au guide de tarifs des actes buccodentaires approuvé par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'assuré, pour l'année stipulée au « Résumé des protections ».

Les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte buccodentaire concerné.

Le remboursement des frais admissibles auquel l'assuré a droit dépend de la franchise, de la coassurance et des maximums prévus au « Résumé des protections ».

3. Frais admissibles

3.1 Soins dentaires de base

Les soins dentaires suivants sont couverts :

a) Diagnostic

1) Examen buccal clinique

- examen pour les enfants à charge de moins de 10 ans non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
- examen complet : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

2) Diagnostic et motivation

- évaluation myofonctionnelle : une fois par 24 mois
- motivation du patient : une fois à vie
- appareil amovible, contrôle des habitudes buccales : une fois par 24 mois

3) Radiographie

a) film intra-oral

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale

b) film extra-oral

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo mandibulaire
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois

c) film céphalométrique

- interprétation de radiographies provenant d'une autre source : une fois par année civile
- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile

4) Tests et examens de laboratoire

- biopsie de tissu mou et de tissu dur
- test cytologique
- modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)

b) Prévention et appareils de maintien

1) Prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
- détartrage : une fois par période de 6 mois
- application topique de fluorure * : une fois par période de 6 mois
- analyse de la diète et recommandations : une fois à vie
- instruction d'hygiène buccale : une fois à vie

- reprise des soins d'hygiène buccale : une fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- finition d'une obturation
- scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide * (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
- ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
- meulage interproximal * : 2 fois par année civile
- améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)

2) Appareil de maintien

- appareil fixe ou amovible : un appareil par 24 mois *
 - myothérapie
- * Seuls les enfants à charge de moins de 16 ans sont admissibles à ces traitements.

c) Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- restauration en amalgame ou en composite **
- facette fabriquée au fauteuil
- tenons par restauration

** Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

- d) Réparation de pont fixe et de couronne
 - réparation de pont fixe
 - réparation d'une couronne
- e) Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
 - avéolectomie, alvéoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - extension des replis muqueux
 - incision et drainage
 - réduction de fracture
 - frénectomie
 - traitement des glandes salivaires
 - chirurgie ou traitement des sinus
 - contrôle d'hémorragie
 - traitement post-chirurgical
 - réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
- f) Services généraux complémentaires
 - anesthésie locale
 - anesthésie générale (coût de l'anesthésique seulement)

3.2 Soins dentaires courants

Les soins dentaires suivants sont couverts :

- a) Endodontie
 - urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage

- traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
 - apexification
- b) Parodontie
- traitements non chirurgicaux
 - chirurgie parodontale
 - curetage gingival et surfaçage radiculaire (6 unités de temps par année civile ou une fois par année civile pour une même dent)
 - jumelage
 - occlusion
 - équilibration mineure : 3 fois par année civile
 - équilibration majeure : une fois par année civile
 - irrigation parodontale
 - appareil pour le bruxisme
 - un appareil par 60 mois
 - réparation : une fois par année civile
 - regarnissage
- c) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible
- rebasage et regarnissage
 - réparation avec ou sans empreinte
 - obturateur palatin
 - remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois

3.3 Soins dentaires de restauration

Les soins dentaires suivants sont couverts :

a) Restauration majeure et prothèse fixe

- aurification : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- incrustation et tenons de rétention : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- couronne en acier inoxydable préfabriquée, en polycarbonate ou autre matériel similaire et intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- couronne individuelle : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- capuchon (métal précieux ou non) et corps coulé : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- pivot préfabriqué
- reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
- recimentation : 2 fois par année civile pour une même dent

b) Prothèse amovible

- prothèse complète * : une fois par période de 60 mois
- prothèse partielle * : une fois par période de 60 mois
- * Les prothèses équilibrées sont remboursées sur la base des prothèses standards équivalentes.

- c) Pont fixe (voir restriction sur les prothèses de remplacement)
- pontique
 - pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre)
 - pont Californien
 - appui métallique servant d'attache au pont Monarch, par pilier
 - piliers
 - barre de rétention pour fixer à des capuchons
 - pilier ou incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
 - autre service de prothèse : attache de précision
 - tenons de rétention pour couronne ou pilier
 - supplément pour la fabrication d'une couronne, sous la structure d'une prothèse partielle existante

3.4 Soins d'orthodontie

La présente clause ne couvre que les frais engagés pour les enfants à charge assurés, pourvu qu'ils soient âgés de moins de 21 ans.

Un plan de traitement établi par le dentiste ou l'orthodontiste est requis pour les traitements indiqués ci-dessous. Ce plan doit inclure le coût total et la durée du traitement. Un montant maximal représentant 25 % du coût total du traitement sera admissible à titre de versement initial. Pour les autres versements, SSQ se limite à des remboursements s'échelonnant sur la durée du traitement et uniquement en cours d'assurance. Aucun versement par anticipation n'est accordé.

- examen spécifique d'orthodontie : une fois par année civile
- examen complet d'orthodontie
- exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique
- transplantation d'une dent
- reposition d'une dent par chirurgie

- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule
- orthodontie corrective : appareil amovible ou appareil fixe
- réparations, modifications, recimentation
- appareils de rétention
- traitement orthopédique ou myofonctionnel
- radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)
- traitement complet d'une malocclusion dentaire
- traitement d'orthodontie majeure (première et deuxième phase)

4. Restrictions

- a) Tous les assurés sont considérés être admissibles à la loi sur l'assurance maladie de leur province de résidence. Dans le cas contraire, SSQ ne verse aucun montant supérieur à celui qui serait payable si l'assuré avait été couvert en vertu de la loi sur l'assurance maladie de sa province de résidence.
- b) Lorsque dans le guide de l'association des chirurgiens-dentistes de la province mentionnée au « Résumé des protections » les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les actes ou services rendus correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants différents ou à 4 quadrants différents, selon le cas, par année civile, par assuré.
- c) Lorsque dans le guide de l'association des chirurgiens-dentistes de la province mentionnée au « Résumé des protections » le traitement ou le service prévoit un tarif avec des unités de temps, le contrat se limite au tarif de l'acte ou des services rendus prévoyant le plus grand nombre d'unités reliées à cet acte ou ce service. Les frais reliés aux unités supplémentaires sont exclus du contrat.

- d) Aucune aurification, incrustation ou prothèse de remplacement (couronne individuelle, cette, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) n'est admissible si elle est posée dans les 60 mois suivant l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition (uniquement dans l'attente d'une guérison).

5. Évaluation préalable des prestations

Lorsque les frais excèdent huit cents dollars (800 \$), notamment lorsqu'il s'agit de soins de restauration majeure, un plan de traitement et une radiographie doivent être soumis à SSQ avant le début du traitement. Cette marche à suivre permet d'établir si les soins sont admissibles et le montant des prestations, le cas échéant.

Certains soins ne sont admissibles qu'à la condition d'avoir été approuvés au préalable par SSQ à la suite d'une analyse de pièces justificatives telles que copie du dossier, radiographies, charte parodontale, modèles d'études, etc.

6. Demande de prestations

L'assuré doit présenter la carte SSQ au dentiste et payer la totalité des frais engagés. Le dentiste se charge d'envoyer la demande de remboursement de l'assuré à SSQ à l'aide du système de transmission électronique de demandes de prestations, et SSQ émet par la suite un chèque de remboursement à l'assuré pour les frais admissibles.

Si le dentiste ne dispose pas du système de transmission électronique ou si l'assuré ne présente pas la carte SSQ, l'assuré doit faire sa demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire remis à cet effet par le dentiste, en s'assurant de remplir la partie concernant l'assuré.

7. Protection multiple et coordination des prestations

Les prestations payables en vertu du contrat sont directement réduites de toute somme payable en vertu d'un régime gouvernemental.

Si l'assuré a droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais engagés pour les soins, services, produits ou articles reçus.

L'adhérent et son conjoint doivent initialement faire leurs demandes de prestations en vertu de la garantie de leur régime d'assurance collective respectif.

Si l'adhérent et son conjoint détiennent un statut de protection familial pour la garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour les enfants à charge doivent d'abord être effectuées en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année. Si l'adhérent est séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être effectuées en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant à charge. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année.

L'adhérent peut faire une demande de prestations en vertu de la garantie d'assurance soins dentaires de son conjoint pour toute somme qui n'est pas remboursée par SSQ et vice versa.

8. Délai pour soumettre une demande de prestations

Les demandes de remboursement devraient être soumises à SSQ tous les 3 mois.

SSQ refuse toute demande de prestations présentée plus de 12 mois après la date à laquelle que les frais ont été engagés.

9. Exclusions

Cette garantie ne couvre aucun soin, service, produit ou article relié directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que l'assuré commet ou tente de commettre;
- b) la participation active de l'assuré à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre ou une guerre civile, déclarée ou non;

- d) le service actif de l'assuré dans les forces armées d'un pays;
- e) des blessures que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non.

De plus, aucune prestation n'est payable pour des soins, services, produits ou articles :

- a) exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- b) reçus à des fins esthétiques, y compris la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence;
- c) utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale;
- d) reçus pour des implants et tout acte, traitement, prothèse lié à un implant;
- e) reçus pour un appareil intra-oral et autres services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire et à la correction de la dimension verticale;
- f) reçus à des fins de remplacement d'appareils ou de prothèses amovibles perdus ou volés;
- g) reliés à un rendez-vous non respecté, à la rédaction de demandes de règlement, de plan de traitement ou de rapport écrit, à des frais de déplacement, des frais d'envois ou des frais pour identification judiciaire, à une convocation en cour à titre de témoin expert ou à des consultations téléphoniques;
- h) reçus pour un appareil dans l'exercice d'un sport (protecteur buccal);
- i) que l'assuré n'aurait pas eu à assumer s'il n'avait pas été assuré, qu'il n'est pas tenu de payer ou qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté au regard de ces lois, régimes ou programmes;
- j) reçus pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;

- k) reçus pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- l) reçus pour des pontiques et piliers de transition;
- m) reçus pour des traitements et services reliés aux tests ou analyses microbiologiques;
- n) reçus pour des photographies diagnostiques.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Garantie assurée par SSQ, Société d'assurance inc.
Police 1LT05

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

L'assurance Décès et Mutilation Accidentels offre la protection nécessaire en cas d'un *accident* pour aider à alléger des revers financiers pour vous et votre famille. La couverture Décès et Mutilation Accidentels verse un montant d'argent advenant un *accident* causant un décès ou une blessure grave. Le montant d'argent versé dépend du type de **blessure**.

Quels sont les avantages afférents à votre couverture?

Avec l'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous bénéficiez :

- de plans complets;
- d'une liste extensive d'indemnités;
- d'une protection complète 24 heures sur 24, 365 jours par année, partout dans le monde;
- d'un service de réclamations efficace.

Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret

Dans le présent livret :

« *assuré* » et « *personne assurée* » signifient un employé admissible dont la couverture individuelle aux termes de la *police* est en vigueur.

« *assureur* », « *nous* » et « *on* » signifie SSQ, Société d'assurance inc.

« *accident* » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'*assuré* et entraînant directement une *blessure* à ce dernier.

« *blessure* » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un *accident* se produisant pendant que la *police* est en vigueur en ce qui a trait à l'*assuré*, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la *police*, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les *maladies* ou *affections* quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un *accident*.

« *brûlure* » signifie dans la *police* un état qu'un *médecin* déclare être une brûlure au 3^e degré.

« *capital assuré* » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'*assuré* et indiqué sur la plus récente demande d'adhésion signée par l'*employé* assuré dans les archives du *contractant*, s'il y a lieu.

« *coma* » signifie un état d'inconscience totale duquel la personne ne peut pas être sortie. Une personne dans le coma ne répond pas aux stimulus externes et a besoin de façon continue de systèmes de maintien artificiel des fonctions vitales.

« *ceinture de sécurité* » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un *véhicule automobile*.

Aux fins de cette définition, le terme *ceinture de sécurité* englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un *véhicule automobile* ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

« *conjoint* » signifie la personne de moins de soixante-dix ans :

- a) à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile; ou
- b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec vous de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement assuré.

Toutefois, si la personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un de vos enfants et qu'elle cohabite avec vous, la personne est réputée être un *conjoint* à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de *conjoint*. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, vous cohabitez avec une personne décrite au point b) ci-dessus, vous pouvez choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de *conjoint* en vertu de la *police*. La déclaration doit être remise au *contractant* avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'*assureur*. Si aucune déclaration n'est remise, le *conjoint* sera la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile.

« *contractant* » signifie VILLE DE GATINEAU.

« *début de l'invalidité totale* » signifie la date où l'*invalidité totale* de l'*assuré* déclarée par un *médecin* a commencé, pourvu qu'à cette date, l'*assuré* respecte, à la satisfaction de l'*assureur*, tous les critères d'*invalidité totale*.

« *déficience fonctionnelle* » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités, qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« *employé* » signifie tout salarié qui exerce un travail rémunérateur à temps plein sur base permanente pour le *contractant* ou qui est embauché sur base contractuelle par le *contractant* ou bien qui est retraité et participe au régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*. L'*employé* est âgé de moins de soixante-dix (70) ans et réside au Canada.. L'*employé* est désigné dans le présent livret par les expressions « vous » et « votre ».

« *enfant à charge* » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du *conjoint* ou tout enfant avec lequel vous avez par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de vous pour ses frais de subsistance et :

- 1) a moins de vingt et un (21) ans; ou
- 2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un *établissement d'enseignement post-secondaire*; ou
- 3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une *déficience fonctionnelle* alors qu'il répondait à l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette *déficience fonctionnelle*, y compris la déclaration par un *médecin* de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'*assureur* au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'*assureur* peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette *déficience fonctionnelle* subsiste et que la définition d'*enfant à charge* s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'*assureur* peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de la *police*.

« *établissement d'enseignement post-secondaire* » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« *garderie* » ou *service de garde* signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre sur une base régulière des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'*enfant à charge* (jusqu'à la fin du secondaire).

« *hémiplegie* » signifie la *paralysie* permanente et la *perte* d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« *hôpital* » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un *médecin* de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un *hôpital*. Aux fins de la présente définition, un *hôpital* inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« *hébergement* » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« *indemnité quotidienne* » signifie un trentième d'un pour cent (1/30 de 1 %) du *capital assuré* de l'*assuré*, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois.

« *invalidité totale* » ou « *totalelement invalide* », signifie ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'*assuré* d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'*assuré* sera réputé être *totalelement invalide* seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le *début de son invalidité totale*, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'*assureur*.

Pour qu'une *invalidité totale* soit reconnue, l'état de l'*assuré* doit exiger que des *soins et suivi normaux* lui soient prodigués par un *médecin* ou un spécialiste pertinent. La preuve des *soins et suivi normaux* doit être jugée satisfaisante par l'*assureur*.

« *jour d'hospitalisation* » signifie toute *période d'hospitalisation* nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

« *lésion cérébrale* » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

« *maladie* ou *affection* » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« *maladie grave* » signifie une des maladies, affections ou interventions chirurgicales définies au chapitre « Indemnité de maladies graves » du présent livret.

« *médecin* » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le *médecin* est membre en règle; ou
- b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le *médecin* ne peut pas résider habituellement avec l'*assuré*. Il ne peut être ni un *assuré*, ni un *membre de la famille immédiate* de l'*assuré*, ni une relation d'affaires de l'*assuré*.

« *membre de la famille immédiate* » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'*assuré*.

« *paralysie* » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« *paraplégie* » signifie la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« *période d'hospitalisation* » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'*hôpital* ou plusieurs séjours successifs à l'*hôpital* résultant d'un seul *accident*, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'*accident*.

« *perte accidentelle* » signifie la *perte de la vie*, une *perte*, la *perte de l'usage*, la *quadriplégie*, la *paraplégie* ou l'*hémip légie*, le tout au sens donné dans le présent chapitre de ce livret.

« *perte de la vie* » signifie le décès de l'*assuré*.

« *perte de l'usage* » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un *médecin*.

« *perte* » signifie :

- a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin.

« *police* » signifie la *police* n° 1LT05 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« *quadriplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« *soins et suivi normaux* » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« *sous l'influence de l'alcool ou de drogues* » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon qu'il serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« *tarif* » signifie le tarif régulier facturé pour :

- 1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- 2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- 3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- 4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« *transport* » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un *véhicule automobile* privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« *véhicule automobile* » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Dans ce livret, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Admissibilité

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant*.

En tant qu'*employé* actif du *contractant* et participant au régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, vous êtes admissible au régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels si vous résidez au Canada et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix (70) ans. Si vous avez quitté temporairement le travail actif pour quelque raison que ce soit autre que votre période de vacances légitime ou un congé de maternité/parental, vous ne serez admissible qu'à votre retour au travail.

Montant de la couverture

Régime obligatoire

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous est offert sous forme de régime collectif obligatoire.

À l'entrée en vigueur de votre couverture individuelle, vous devenez automatiquement assuré pour un *capital assuré* qui correspond au montant du *capital assuré* que prévoit le régime de base d'assurance-vie collective du *contractant* **sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.**

Entrée en vigueur de la couverture individuelle

Régime obligatoire

Votre couverture individuelle entrera en vigueur :

- à la date d'entrée en vigueur de la police si vous rencontrez chacun des critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret à la date d'entrée en vigueur de la police ou avant celle-ci;
- à la date à laquelle vous rencontrez les critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret, si vous devenez admissible après l'entrée en vigueur de la police.

Résiliation de la couverture individuelle

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la *police*;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- 3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix ans (70);
- 4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération de primes;
 - Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée;
 - Maintien de l'assurance;
 - Retraite.

Le régime d'assurance peut être annulé par le *contractant* s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. Le programme peut également être annulé par l'*assureur* s'il envoie par la poste au *contractant*, à l'adresse figurant dans la *police*, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédant l'anniversaire de la *police* et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le *contractant* ou l'*assureur*) a le même effet que son envoi par la poste.

GARANTIES DU RÉGIME

Indemnité en cas de perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un *accident*, un *assuré* subit une des *pertes accidentelles* énumérées ci-dessous par suite d'une *blessure* résultant de cet accident, l'*assureur* versera des prestations comme suit :

Perte

La vie	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète des deux yeux.....	Le <i>capital assuré</i>
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète d'un œil	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
La parole.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe des deux oreilles	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe d'une oreille	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Tous les orteils d'un pied.....	Le tiers du <i>capital assuré</i>

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains	Le <i>capital assuré</i>
Les deux pieds	Le <i>capital assuré</i>
Une main et un pied	Le <i>capital assuré</i>
Un bras	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une jambe.....	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une main	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Un pied	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>

Paralysie

Les quatre membres (<i>quadriplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>
Les deux membres inférieurs (<i>paraplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>
Une moitié du corps (<i>hémip légie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>

Toutefois, en ce qui concerne la *quadriplégie*, la *paraplégie* et l'*hémip légie*, si l'*assuré* décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'*accident*, les prestations payables par l'*assureur* se limiteront au *capital assuré*.

Les prestations prévues aux termes du présent chapitre pour toutes les *pertes accidentelles* subies par un *assuré* par suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas ce qui suit :

- a) Le *capital assuré*, sauf dans les cas de *quadruplégie*, de *paraplégie* ou d'*hémiplégi*e; ou
- b) Le double du *capital assuré* en cas de *quadruplégie*, de *paraplégie* et d'*hémiplégi*e, pourvu que l'*assuré* survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'*accident*.

Aux termes du présent chapitre, en aucun cas l'*assureur* ne paiera plus du double du *capital assuré* par suite du même *accident*, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes

Indemnité de greffage par chirurgie

Si un membre, ou un appendice, ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'*assuré* est sectionné complètement par suite d'une *blessure*, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assureur* versera alors à l'*assuré* les prestations suivantes :

- 1) que l'*assuré* regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'*assureur* versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué;
- 2) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assuré* subit une *perte de l'usage* irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'*assureur* versera pour cette *perte de l'usage* les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe (1) ci-dessus du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie »;

- 3) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'*assureur* versera pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes (1) et (2) du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu du présent chapitre et au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret à un même *assuré* à la suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas le *capital assuré*.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure* subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'*assuré* jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'*assuré* décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de vingt-cinq mille dollars (25 000\$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu du présent chapitre par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'études

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des *enfants à charge* qui, à la date

du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'*enfant à charge* dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de garde d'enfants

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les *enfants à charge* ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'*assuré* et qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une *garderie*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une *garderie*, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par ce chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité d'études » du présent livret, l'*assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'*assureur*.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez en raison de cette *blessure* vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui vous permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi que vous n'auriez pas occupé sans cette *blessure*, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par vous pour ce programme au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par vous en vertu du présent chapitre se limite à vingt mille dollars (20 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du *contractant*, voir votre lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le *contractant*, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le *contractant* convient par écrit de mettre à votre disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à vos nouveaux besoins; et
- 2) le *contractant* reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de votre emploi sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- 3) l'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'*assureur*.

L'*assureur* a le droit de vous faire examiner par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont versées au *contractant* dès votre retour au travail actif auprès du *contractant* et dès que l'*assureur* reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par le *contractant* en vertu du présent chapitre se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par votre *conjoint*, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par votre *conjoint* en vertu du présent chapitre se limite à vingt mille dollars (20 000 \$).

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si, par suite d'une *blessure*, un *assuré* âgé de soixante-dix (70) ans ou moins devient *totaletement invalide* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la *blessure* et que cette *invalidité totale* se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le *début de l'invalidité totale*, au terme desquels elle est permanente, l'*assureur* paiera la *capital assuré*, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'*accident* en question en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables à l'*assuré* en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* reçoit les soins normaux d'un *médecin*, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'*assuré* par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Ces frais peuvent être remboursés dans le cas d'une perte non couverte par la disposition « Prestations en cas de perte accidentelle » si l'hospitalisation dure au moins quatre (4) jours et commence au plus tard vingt-quatre (24) heures après l'accident. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'*assuré* séjourne dans un *hôpital* situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'*assuré* pendant son séjour à l'*hôpital*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule* automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature

exigent l'identification de la dépouille, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si, au moment du décès, l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si la dépouille de l'*assuré* se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'*assuré*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule automobile* autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de vingt-cinq mille dollars (25 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de port de la ceinture de sécurité

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* alors qu'il se trouve à bord d'un *véhicule automobile*, à titre de conducteur ou de passager et que sa *ceinture de sécurité* est bien attachée au moment de l'*accident*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$)

s'appliquant à toutes les polices de même nature établies au nom du contractant par l'assureur.

Au moment de l'*accident*, le conducteur du *véhicule automobile* doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être *sous l'influence de l'alcool ou de drogues*.

Une preuve du port de la *ceinture de sécurité* que l'*assureur* juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des *pertes accidentelles* suivantes subies par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* :

- 1) *perte* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 2) *perte* de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 3) *quadriplégie, paraplégie ou hémiplégie,*

des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'*assuré* dans les trois (3) années qui suivent la *perte* pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans le présent chapitre.

Pour donner droit aux prestations en vertu du présent chapitre, l'aménagement doit permettre à l'*assuré* d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre par l'*assureur* se limite à vingt mille dollars (20 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité hospitalière

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* doit séjourner à l'*hôpital* à cause de la *blessure* et recevoir les *soins et suivi normaux* d'un *médecin* pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'*assureur* versera une *indemnité quotidienne*, à la condition toutefois que la *période d'hospitalisation* soit nécessaire au traitement de la *blessure*. Cette *indemnité quotidienne* est versée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, jusqu'à un maximum de trois cent soixante-cinq (365) jours par *accident*.

Par dérogation à toute stipulation contraire de la *police*, une *période d'hospitalisation* nécessaire au traitement d'une *blessure* ayant entraîné une *perte accidentelle* est couverte aux termes du présent chapitre pourvu qu'elle commence :

- 1) au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'*accident* à l'origine de la *blessure*; et
- 2) pendant que la couverture individuelle de l'*assuré* aux termes de la *police* est en vigueur.

Cette *indemnité quotidienne* sera calculée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, à la condition que l'*assuré* soit hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs.

Dans le cas de toutes les *blessures* de l'*assuré* résultant d'un (1) seul *accident*, une seule *période d'hospitalisation* est payable.

Indemnité de préjudice esthétique

Par suite d'une *brûlure* subie par l'*assuré* découlant d'une *blessure*, l'*assureur* paiera des prestations calculées en multipliant le *capital assuré* par le Facteur de classification de la zone indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* et par le pourcentage de la surface corporelle brûlée, sous réserve du Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le tableau.

Le Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* est basé sur la totalité de la zone du corps brûlée. Le *médecin* traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

Si l'*assuré* présente une ou des *brûlures* à plus d'un (1) endroit sur le corps par suite d'un (1) seul *accident*, les prestations payables pour l'ensemble de la *brûlure* ou des *brûlures* ne dépasseront pas la totalité (100 %) du *capital assuré* de cette personne.

Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de brûlure

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	11	9,0 %
Main et avant-bras (droit)	5	4,5 %
Main et avant-bras (gauche)	5	4,5 %
Bras (droit)	3	4,5 %
Bras (gauche)	3	4,5 %
Tronc (face antérieure)	2	18,0 %
Tronc (face postérieure)	2	18,0 %
Cuisse (droite)	1	9,0 %
Cuisse (gauche)	1	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite)	3	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche)	3	9,0 %

Si des prestations sont payables en vertu du présent chapitre et d'un des chapitres suivants : « Prestations en cas de perte accidentelle », « Indemnité d'invalidité totale permanente », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », le montant global payable en vertu de tous ces chapitres ne peut dépasser la totalité (100 %) du *capital assuré* de l'*assuré* ou, si ces prestations comprennent une indemnité en cas de *paralysie*, le double (200 %) du *capital assuré*.

Indemnité de coma

Si un *médecin* déclare que l'*assuré* est dans le *coma* par suite d'une *blessure*, l'*assureur* versera des prestations correspondant au *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret par suite de l'*accident* en question, à la condition toutefois que :

- 1) *l'assuré* tombe dans le *coma* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de *l'accident*; et que
- 2) *l'assuré* soit dans le *coma* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la *police* couvre toute perte découlant d'une *blessure* subie par *l'assuré* dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- a) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
- b) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Toutefois, la couverture ne couvre pas les *blessures* subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au *contractant* ou encore exploité ou loué par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si *l'assuré* est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une *perte accidentelle* qui aurait donné droit à des prestations en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret si la perte avait été causée par un *accident*, *l'assureur* paiera le montant prévu au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour cette perte.

Si *l'assuré* n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle », on présumera la *perte de la vie* de *l'assuré* par suite d'une *blessure* au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnité de lésion cérébrale

Si, par suite d'une *blessure*, l'*assuré* subit une *lésion cérébrale*, l'*assureur* versera le *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret en raison de l'*accident* en question, à la condition que :

- 1) la *lésion cérébrale* survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'*accident*; et
- 2) la *lésion cérébrale* nécessite l'hospitalisation de l'*assuré* pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la *blessure*; et
- 3) un *médecin* détermine, à la satisfaction de l'*assureur*, que l'*assuré* a démontré des signes de *lésion cérébrale* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Indemnité de maladies graves

Si vous (appelé « *assuré* » dans le présent chapitre) recevez un *diagnostic* de *maladie grave* alors que vos couvertures individuelles respectives en vertu de la *police* sont en vigueur depuis au moins quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs, l'*assureur* versera des prestations correspondant au moins élevé des montants suivants :

- a) dix pour cent (10 %) du *capital assuré* de l'*assuré*; ou
- b) deux mille dollars (2 000\$),

à la condition que l'*assuré* soit toujours vivant à la fin de la *période de survie* et sous réserve des exclusions énumérées dans le présent chapitre.

Les prestations ci-dessus sont payables à l'*assuré* ayant reçu le *diagnostic* de *maladie grave*.

Si un *assuré* présente une demande de règlement pour une *maladie grave* se manifestant ou pour laquelle un diagnostic est posé à l'extérieur du Canada, l'*assuré* pourra avoir droit à cette indemnité au moment de son retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, l'*assureur* dispose néanmoins du droit de demander à l'*assuré* de passer un nouvel examen médical venant confirmer le *diagnostic* de *maladie grave* à son retour au Canada.

Dans le présent chapitre de ce livret :

« *Maladie grave* » signifie l'une des maladies, conditions ou interventions chirurgicales suivantes :

- a) accident vasculaire cérébral;
- b) cancer (avec risque de décès à court terme);
- c) chirurgie coronarienne;
- d) crise cardiaque (infarctus du myocarde).

Toute maladie grave ou tout trouble qui n'est pas expressément défini dans la définition de *maladie grave* n'est pas couvert et, de ce fait, aucune prestation n'est payable à son égard.

« *Accident vasculaire cérébral* » signifie un *diagnostic* définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou par une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du *diagnostic*.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le *diagnostic* d'*accident vasculaire cérébral* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour un *accident vasculaire cérébral* dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'*accident vasculaire cérébral* décrite précédemment.

« *Cancer* » (avec risque de décès à court terme) signifie un *diagnostic* définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le *diagnostic* de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- carcinome in situ; ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de l'assurance de l'*assuré*; ou
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de l'*assuré*,
- 3) l'*assuré* :
 - a) a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un *diagnostic* de cancer (couvert ou exclu dans cette *policy*), sans égard à la date du *diagnostic*; ou
 - b) a fait l'objet d'un *diagnostic* de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette *policy*).

Cette information doit être rapportée à l'*assureur* dans les six (6) mois suivant la date du *diagnostic*. Sinon, l'*assureur* a le droit de refuser toute demande de règlement pour un *cancer* ou pour toute *maladie grave* causée par un *cancer* ou par son traitement.

« *Chirurgie coronarienne* » signifie la chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales ou par le biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction, ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la *chirurgie coronarienne*.

« *Crise cardiaque* » (infarctus du myocarde) signifie le *diagnostic* définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le *diagnostic* d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque;
- des nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant mais non limitée à une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le *diagnostic* de *crise cardiaque* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour une *crise cardiaque* dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant mais non limitée à une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas à la définition de *crise cardiaque* (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

« *Diagnostic* » ou « *diagnostiqué* » signifie la détermination par un *spécialiste*, au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic, que l'*assuré* a une maladie particulière couverte par la *police*. Le *diagnostic* de toute maladie couverte doit être posé au Canada par un *spécialiste* autorisé à pratiquer au Canada. En outre, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement relié à la maladie en question.

« *Irréversible* » signifie l'état de l'*assuré* lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du *diagnostic*.

Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale qui poseraient, de l'avis du *médecin de l'assuré*, un risque pour la santé de l'*assuré* qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état est alors également considéré comme *irréversible* aux fins de la présente définition.

« *Période de survie* » signifie les trente (30) jours suivant la date du *diagnostic*. La *période de survie* ne comprend pas les jours passés en *maintien artificiel* des fonctions vitales, comme il est défini dans le présent chapitre.

« *Maintien artificiel des fonctions vitales* » signifie que l'*assuré* est sous les *soins et suivi normaux* d'un *médecin* et est maintenu en vie grâce à un soutien nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt *irréversible* de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

« *Spécialiste* » signifie un *médecin* qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la *maladie grave* pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non-disponibilité d'un *spécialiste*, et sous réserve de l'approbation de l'*assureur*, une *maladie grave* peut être diagnostiquée par un *médecin* qualifié pratiquant au Canada. Le terme *spécialiste* inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le *spécialiste* ne peut pas être l'*assuré*, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de l'*assuré*.

Exclusions de l'indemnité de maladies graves

Aucune prestation ne sera versée si une *maladie grave* est le résultat direct ou indirect de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

- 1) dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la couverture individuelle de l'*assuré*,
 - a) un diagnostic de cancer est posé, ou
 - b) l'*assuré* présente des signes ou des symptômes ou subit des investigations menant à un diagnostic de cancer, sans égard au moment où le diagnostic est posé;
- 2) l'*assuré* ne survit pas à la *période de survie*.

- 3) L'assuré subit un arrêt *irréversible* de toutes ses fonctions cérébrales avant la fin de la *période de survie*.
- 4) L'assuré se blesse volontairement ou s'expose volontairement à une *maladie* ou à une *affection*, que l'assuré soit sain d'esprit ou non au moment de cet acte.
- 5) L'assuré a utilisé des drogues illicites, ou toute drogue d'une façon contraire à celle prescrite, recommandée ou administrée par un *médecin* ou contrairement à ses instructions, que ces drogues soient ou non disponibles uniquement sous ordonnance.
- 6) L'assuré a un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de la couverture individuelle de l'assuré, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date de prise d'effet.

L'assureur ne versera qu'une (1) indemnité en vertu du présent chapitre à l'égard de tout assuré.

Résiliation de la couverture de l'indemnité de maladies graves

La couverture prévue aux termes de l'indemnité de *maladies graves* prendra fin immédiatement à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la *police*;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- 3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-cinq ans (65);
- 4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date où vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération des primes;
 - Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée;
 - Maintien de l'assurance;

5) à la date de votre décès.

Maintien de l'assurance

Votre couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois lorsque le *contractant* met fin à votre emploi, si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par vous de la part du *contractant* et que le paiement des primes se poursuit.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Le maintien de l'assurance pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*.

La couverture fournie en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui vous aurait été payable à la date de la cessation d'emploi.

Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour vous pendant :

- votre absence autorisée;
- votre mise à pied temporaire;
- votre congé de maternité/parental; ou
- votre congé pour invalidité,

pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale :

- 1) à l'égard de toute absence autorisée par le *contractant*, de tout congé de maternité ou de tout congé parental autorisé par le *contractant*, de toute mise à pied temporaire autorisée par le *contractant*, le premier (1er) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- 2) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31e) jour suivant le début de la grève;
- 3) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le *contractant*, à la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, êtes admissible à une exonération de primes ou retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'*assuré* au début de votre absence.

Exonération de primes

Lorsqu'en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, votre assurance-vie est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une *maladie* ou *affection*, ou d'une *maladie* ou *affection* liée à la grossesse, ou d'une *blessure* ou d'un *accident*, la couverture prévue par la *police* est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu.

L'exonération des primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation de la *police*; ou
- b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans; ou

- c) la date de la cessation de votre invalidité totale; ou
- d) la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'assureur de la persistance de l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur.

La couverture étendue en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'assuré avant le début de votre invalidité totale.

L'assureur a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération des primes.

Retraite

Si vous prenez votre retraite avant soixante-cinq (65) ans, votre assurance demeure en vigueur, moyennant paiement de la prime au taux habituel, jusqu'à la fin du mois correspondant à votre soixante-cinquième (65e) anniversaire.

L'assurance peut se poursuivre passé le mois correspondant au soixante-cinquième (65e) anniversaire de l'assuré ou après s'il diffère sa retraite, moyennant paiement de la prime au taux habituel et sous réserve de ce qui suit :

- 1) il y a un plafond de cent mille dollars (100 000 \$);
- 2) la protection en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie est plafonnée au Capital assuré;
- 3) l'assurance cessera à la fin du mois correspondant au soixante-dixième (70^e) anniversaire de l'assuré.

À la retraite ou après, aucun versement ne peut être effectué en vertu de la disposition « Indemnité d'Invalidité totale permanente ». Il ne peut non plus y avoir augmentation de l'assurance après la retraite. L'*assureur* rembourse au contractant toute prime excédentaire versée par erreur.

La présente disposition ne peut jouer que si le régime de base d'assurance-vie collective est en vigueur après la retraite.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si votre couverture prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- a) vous cessez d'être un *employé* actif du *contractant* en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la *police*; ou
- c) la période de maintien de votre couverture comme elle est prévue au chapitre « Maintien de l'assurance » du présent livret prend fin,

et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, vous pouvez remettre une demande écrite à l'*assureur* dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'*assureur* émet, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la *police* est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un avenant relatif aux prestations en cas de perte accidentelle disponible auprès de l'*assureur* au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- b) un plafond de cinq cent mille dollars (500 000 \$) pour toutes les transformations.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'*assureur*, d'après votre âge à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Paiement des primes

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par le *contractant*.

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour votre *perte de la vie* sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre proposition d'assurance collective du régime de base, conservée dans les archives du *contractant* ou de l'assureur du régime de base, selon le cas; en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations vous sont versées, à l'exception des prestations payables en vertu des chapitres suivants du présent livret, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'*assureur* pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul *accident* est 75 000 000 \$. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque *assuré*, la somme alors payable à chaque *assuré* correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul *accident* et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

Le présent chapitre ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des chapitres suivants :

- Prestation en cas de perte accidentelle
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale
- Indemnité de coma

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que *l'assuré* ait été sain d'esprit ou non;
- la guerre, déclarée ou non, que *l'assuré* y ait participé réellement ou non;
- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel *l'assuré* a participé;
- le service de *l'assuré*, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
- le voyage de *l'assuré* à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu au chapitre « Assurance aviation » du présent livret;
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de *l'assuré*, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident*.

LORS D'UN SINISTRE

Déclaration de sinistre

La déclaration écrite de la *blessure* faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'*assureur* au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*.

Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'*assuré*, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la *police*, selon le cas, ou en leur nom, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'*assuré* dont la perte constitue le fondement de cette déclaration.

La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la *police* n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Formulaires de demande de règlement

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'*assureur* accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la *police* à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la *police*, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'*assureur* se réserve le droit de faire subir à l'*assuré* un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la *police* sont réglées dès que l'*assureur* reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la *police*. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'assureur

Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la *police* puisse être intentée par l'*assuré*, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'*assureur* d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la *police*, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

FOIRE AUX QUESTIONS

1. **Qui est admissible à la couverture Décès et Mutation Accidentels ?**

Vous êtes admissible au régime si vous êtes un *employé* actif, si vous participez au régime de base d'assurance-vie collective du *contractant* et si vous résidez au Canada et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix (70) ans.

2. **Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?**

Votre couverture individuelle entrera en vigueur :

- à la date d'entrée en vigueur de la *police* si vous rencontrez chacun des critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;
- à la date à laquelle vous rencontrez les critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret, si vous devenez admissible après l'entrée en vigueur de la *police*.

3. **Qui reçoit le *capital assuré* lors du décès de l'*assuré*?**

Le *capital assuré* est payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire conservée dans les archives de la VILLE DE GATINEAU, ou, en l'absence de désignation, le *capital assuré* est versé à vos ayants droit.

4. **Qui peut changer le bénéficiaire et comment effectuer un tel changement?**

Vous pouvez changer votre ou vos bénéficiaire(s) désigné(s). Veuillez contacter votre service des Ressources humaines pour plus des détails.

5. **Comment les primes sont-elles payées?**

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par le *contractant*.

6. Les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* sont-ils imposables?

Non, les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* ne sont pas imposables.

7. Comment dois-je faire pour présenter une réclamation?

La marche à suivre pour présenter une réclamation est très simple.

Vous devez aviser votre Administrateur de programme par écrit ou verbalement de votre réclamation dès que vous subissez la *blessure* faisant l'objet de la réclamation étant donné que l'*assureur* doit être avisé par écrit au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*. Si vous n'êtes pas en mesure de donner un tel avis, votre ou vos bénéficiaire(s) ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de votre couverture peuvent aviser votre Administrateur de programme de votre part.

Sur réception de l'avis mentionné ci-haut, l'*assureur* enverra des formulaires de demande de règlement à votre Administrateur de programme. Ces formulaires constituent la preuve écrite du sinistre et doivent être remplis et retournés à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du **sinistre**.

8. Puis-je mettre fin à ma couverture Décès et Mutilation Accidentels?

Votre couverture Décès et Mutilation Accidentels peut seulement être annulée par le contractant.

9. Où puis-je obtenir des informations supplémentaires?

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires en communiquant avec votre service des Ressources humaines.

ANNEXE I - COMPTE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ

CLAUSE 1 - Définitions

- A) « **Administrateur** » : SSQ, Société d'assurance-vie inc.
- B) « **Contractant** » : Ville de Gatineau.
- C) « **Compte de remboursement de soins de santé (CRSS)** » : compte de remboursement de soins de santé couvrant le participant et ses personnes à charge dont les modalités administratives sont décrites à la **CLAUSE 7**.
- D) « **Participant** » : employé admis au CRSS par le Contractant.
- E) « **Personne à charge** » : personne à la charge du participant selon la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*.

CLAUSE 2 - Objet du présent document

- A) Le Contractant retient les services de l'Administrateur pour faire la gestion du CRSS.
- B) Le Contractant conserve la responsabilité financière et juridique du CRSS.
- C) Le présent document ne fait pas de « SSQ, Société d'assurance-vie inc. » l'Assureur du CRSS.

CLAUSE 3 - Contrat

- A) Les parties au présent document sont, d'une part, l'Administrateur et, d'autre part, le Contractant.
- B) Toute modification au contrat, pour être valide, doit être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Administrateur et du Contractant.
- C) Ce contrat incluant l'annexe qui en fait partie ainsi que les avenants, s'il y a lieu, constituent le contrat entre les parties.

CLAUSE 4 - Terminaison du contrat

Le contrat prend fin à la première des dates suivantes :

- A) à la date à laquelle l'une des parties au présent document ne s'acquitte pas de ses obligations aux termes du présent document, si l'autre partie lui envoie un avis écrit à cet effet au moins 31 jours à l'avance.
- B) sur avis écrit du Contractant à l'Administrateur, à la dernière des dates suivantes :
 - 1- la date indiquée dans l'avis écrit;
 - 2- le dernier jour du mois suivant celui au cours duquel l'avis écrit parvient au siège social de l'Administrateur.
- C) sur avis écrit de l'Administrateur au Contractant au moins 31 jours avant l'échéance du contrat.

CLAUSE 5 - Obligations de l'Administrateur

Dans la mesure où le Contractant s'acquitte de ses obligations financières, telles que décrites à la **CLAUSE 6 OBLIGATIONS DU CONTRACTANT** de la présente annexe, l'Administrateur s'engage à effectuer les remboursements prévus par le CRSS à l'égard des frais engagés pendant que ce présent document est en vigueur et pour lesquels les demandes de remboursement sont reçues par lui au plus tard 31 jours après la date à laquelle la personne visée cesse d'être un Participant au CRSS et au plus tard 31 jours après la fin dudit contrat, selon la première de ces éventualités. Aux fins du présent document, les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont reçus ou les articles sont loués ou achetés.

CLAUSE 6 - Obligations du Contractant

Le Contractant s'engage à :

- A) Rembourser à l'Administrateur la somme des montants versés du CRSS, plus les frais administratifs de 6,5 % des montants versés.

- B) Rembourser à l'Administrateur, dès réception de l'avis écrit à cet effet, toutes les taxes que ce dernier serait appelé à payer en vertu de l'annexe I du présent document.
- C) Rembourser à l'Administrateur, dès réception de l'avis écrit à cet effet, tout solde existant suite à la terminaison du présent document.
- D) Rembourser à l'Administrateur, dès réception de l'avis écrit à cet effet, les frais juridiques engagés par l'Administrateur relativement à une demande de prestations en vertu du présent CRSS, à l'exception des frais et honoraires juridiques occasionnés suite à une négligence ou faute grave de l'Administrateur.
- E) Communiquer périodiquement à l'Administrateur, à la demande de ce dernier, la liste des participants admissibles.
- F) Fournir à l'Administrateur tout autre renseignement requis aux termes du CRSS de façon à ce que l'Administrateur puisse s'acquitter de ses obligations aux termes du présent document.
- G) Informer l'Administrateur à l'avance de toute modification qu'il désire apporter au contenu du CRSS afin de convenir avec ce dernier de la date de mise en vigueur et de la révision des frais administratifs, le cas échéant.

CLAUSE 7 - Portée de la couverture

- A) **Année de référence** : Du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.
- B) **Allocation des crédits**

Le CRSS fonctionne comme un compte bancaire. Un montant annuel de crédits est alloué par le Contractant au compte des participants admissibles au début de chaque année de référence. Ce montant est de 297 \$ et peut être révisé annuellement en fonction de l'ajustement des taux de primes en soins médicaux, sans toutefois être inférieur à 200 \$. Pour l'année d'adhésion, le montant des crédits est calculé au prorata du nombre de mois complets (incluant le mois de l'adhésion) restants jusqu'à la fin de l'année civile, arrondi au 1 \$ le plus près.

Le solde du CRSS au début d'une année de référence est égal au nombre annuel de crédits alloués par le Contractant, auquel s'ajoute tout crédit inutilisé lors de l'année de référence antérieure.

C) Report des crédits

Lorsque l'année de référence se termine, les crédits inutilisés sont reportés automatiquement à l'année de référence suivante.

À cet effet, l'Administrateur effectue une inscription distincte des crédits provenant de l'année précédente afin de s'assurer que ces crédits seront épuisés en premier pour ainsi réduire le risque de perdre ces crédits.

S'il subsiste un solde de crédits reportés à la fin de l'année de référence suivante, le participant dispose d'un délai additionnel de 60 jours pour présenter ses demandes de prestations (pour des frais engagés avant la fin de l'année de référence suivante). À l'expiration de ce délai, ces crédits reportés sont perdus.

De plus, en vertu des règles fiscales, les frais engagés au cours d'une année de référence donnée ne peuvent pas être remboursés par les crédits de l'année de référence suivante.

D) Frais admissibles

Les frais engagés par le participant ainsi que par les personnes à sa charge pour les services et articles qui sont reconnus comme des frais admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), article 118.2 (2). Ces frais admissibles sont détaillés dans le bulletin d'interprétation IT-519R2, publié par l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC). Les frais sont réputés être engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés après la prise d'effet de la protection du participant par le CRSS et avant que cette protection ne prenne fin.

E) **Remboursement par le CRSS**

Toute demande de remboursement en vertu du CRSS doit se faire au moyen du formulaire de demandes de prestations pour Compte santé que le Participant peut se procurer auprès de l'Administrateur. Il peut joindre ce formulaire à ses demandes de prestations d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires, mais il peut aussi l'utiliser chaque fois qu'il le juge nécessaire, en y joignant des reçus détaillés.

Le mode de remboursement de ce CRSS est dit « hybride » : il permet au Participant qui en fait la demande d'obtenir que les frais qui sont remboursables en vertu du CRSS soient automatiquement remboursés lors du règlement des demandes de prestations soumises pour l'assurance maladie ou l'assurance soins dentaires de son assurance collective. Les frais qui ne font pas l'objet d'une demande en vertu du régime collectif continuent à devoir se faire au moyen du formulaire destiné aux demandes de prestations pour Compte santé et les reçus détaillés doivent y être joints.

F) **Suivi du CRSS**

Le participant recevra, avec chaque remboursement du CRSS, un relevé indiquant :

- le montant remboursé par le CRSS;
- le solde des crédits après le remboursement.

G) **Autres protections (coordination des prestations)**

Si le participant ou son conjoint est protégé par un autre régime, la demande de prestations devrait d'abord être présentée à l'autre assureur. Une fois les prestations déterminées en vertu de cet autre régime, le participant pourra demander le remboursement par le biais du CRSS de la partie non remboursée par l'autre régime.

H) **Délai de présentation des demandes de prestations**

Pour que des prestations puissent être versées au participant par l'entremise du CRSS, la demande de prestations doit être présentée à l'Administrateur dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

I) **Délai pour prendre action**

Aucune mise en demeure ni aucune action ne peuvent être entreprises contre l'Administrateur pour recouvrer des prestations en vertu du présent régime avant qu'un délai de 30 jours, à compter du dépôt des preuves requises par l'Administrateur, ne soit écoulé ni, plus de 3 ans, à compter du moment où le droit d'action prend naissance.

POUR NOUS JOINDRE
ssq.ca

accès

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès aujourd'hui au site ACCÈS | assurés.

Service à la clientèle

Sans frais : 1 877 651-8080

Région de Montréal : 514 223-2500

SSQ Groupe
financier

Les valeurs à la bonne place