



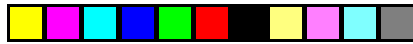
RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



**COLLÈGES PUBLICS ET
MAISONS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ
CONTRAT 1008 - 1010
Janvier 2008**





**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
POUR TOUS LES MEMBRES ACTIFS ET AFFILIÉS À LA FNEEQ-CSN**
- - -
**FÉDÉRATION NATIONALE
DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS DU QUÉBEC - CSN**
- - -
**Collèges publics et
maisons d'enseignement privé**

ASSUREUR : La Capitale assureur de l'administration publique inc.

GESTIONNAIRE

DU CONTRAT : La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Veuillez conserver cette brochure pour utilisation ultérieure.

MODIFICATIONS ET AJOUTS AU 1^{ER} JANVIER 2008

Garantie d'assurance maladie

- p. 11 :** Le 2^e tiret a été modifié.
Le 1^{er} tiret du point 4 a été modifié.
- p. 13 :** Le 1^{er} tiret a été modifié et le 2^e tiret a été ajouté.
Les 5^e et 6^e tirets du point 5 ont été modifiés.
- p. 14 :** Le 3^e tiret a été modifié. Les 4^e et 5^e tirets ont été ajoutés.

Garantie d'assurance annulation de voyage

- p. 23 :** Le point n) a été ajouté.
- p. 26 :** Cet article a été ajouté.

Garantie d'assurance soins dentaires

- p. 27 :** Une précision a été apportée dans le titre.

Garantie d'assurance invalidité de courte durée

- p. 41 :** Le dernier tiret a été ajouté.

Garantie d'assurance invalidité de longue durée

- p. 45 :** Les 2 derniers tirets ont été ajoutés.

Renseignements généraux

- p. 47 :** La définition d'« Employé(e) » a été modifiée.
- p. 48 :** La définition d'« Invalidité ou invalide » a été modifiée - 3^e et 4^e paragraphes.
- p. 49 :** La définition de « Période d'invalidité » a été modifiée.
- p. 51 :** Le paragraphe de l'assurance soins dentaires a été modifié.
- p. 54 à 56 :** Le point 7 « Exonération des primes » a été modifié.
- p. 65 :** Le « Tableau descriptif des remboursements en assurance maladie » a été ajouté.
- p. 68 :** La page « Aide-mémoire / Notes » a été ajoutée.
-



IMPORTANT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées.

Ce document n'étant pas aussi explicite que le contrat quant aux clauses de définitions, admissibilité, adhésion, fin de l'assurance et autres stipulations diverses, vous pouvez en connaître les détails en consultant le contrat disponible chez votre employeur ou auprès de votre syndicat.



100 %

Cette brochure a été imprimée sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation. Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	7
ASSURANCE MALADIE	9
Frais remboursables à 100 %	9
Médicaments	10
Frais remboursables à 80 %	10
Frais et services remboursables à 80 %	11
Services et fournitures remboursables à 80 %	13
Exclusions	15
ASSURANCE VOYAGE	16
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	22
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	27
Frais admissibles	28
Exclusions	33
ASSURANCE VIE	35
Assurance vie de la personne adhérente	35
Assurance vie des personnes à charge	37
Assurance vie additionnelle	37
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	39
Délai de carence	39
Période de prestations	39
Montant de la prestation	39
Indexation	39
Réadaptation	39
Exclusions	40
Intégration	40



Table des matières

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	42
Délai de carence	42
Période de prestations	42
Montant de la prestation	42
Indexation	43
Réadaptation	43
Exclusions	43
Intégration	44
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	46
Définitions	46
Admissibilité	50
Adhésion	51
Exemption	52
Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité	52
Bénéficiaire	54
Exonération des primes	54
Transformation	56
Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne adhérente décédée	56
Maintien lors de congés	57
Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive ..	58
Mise en disponibilité	58
Maintien lors de congé, mise à pied, grève, lock-out ou congédiement	58
Fin de l'assurance	58
DEMANDE DE PRESTATIONS	62
PRIME UNITAIRE TOTALE	64
TABLEAU DESCRIPTIF DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE	65
AIDE-MÉMOIRE / NOTES	68

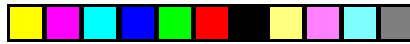
SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau décrit brièvement les garanties de votre régime d'assurance collective. Afin d'obtenir une description complète des garanties, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

Garantie	Protection
<p>Assurance maladie (p. 9)</p> <p>Hospitalisation et soins prolongés</p> <p>Assurance voyage</p> <p>Assurance annulation de voyage</p> <p>Médicaments</p> <p>Service de paiement automatisé</p> <p>Autres frais admissibles</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Psychiatres, psychanalystes, conseillers en orientation, psychologues et travailleurs sociaux</i></p> <p>Professionnels de la santé</p>	<p>Obligatoire</p> <p>100 % - chambre semi-privée</p> <p>100 % - maximum viager 1 000 000 \$</p> <p>100 % - maximum par voyage 5 000 \$</p> <p>Génériques : 90 % - non génériques : 80 %</p> <p>Différé</p> <p>80 %</p> <p><i>50 % des 1^{ers} 1 400 \$ de frais admissibles et 100 % des 1 400 \$ de frais admissibles suivants. Remboursement maximal de 2 100 \$ par année, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels</i></p> <p>80 % - maximum de remboursement de 30 \$/traitement, maximum 400 \$/an</p>
<p>Assurance soins dentaires (p. 27)</p> <p>Frais de prévention</p> <p>Frais de restauration de base</p> <p>Frais de restauration majeure</p> <p>Maximum de remboursement</p> <p>Franchise</p>	<p>Obligatoire pour tout employé d'un collège dont le syndicat a retenu cette garantie</p> <p>70 %</p> <p>70 %</p> <p>70 %</p> <p>1 000 \$ par année civile</p> <p>25 \$ par année civile</p>
<p>Assurance vie (p. 35)</p> <p>Personne adhérente active de moins de 65 ans</p> <p>Personne adhérente active de 65 à 70 ans</p> <p>Personne adhérente active de plus de 70 ans</p>	<p>Optionnelle</p> <p>2 fois le salaire annuel, minimum 20 000 \$</p> <p>1 fois le salaire annuel</p> <p>10 000 \$</p>

Sommaire des garanties

Garantie	Protection
Mort accidentelle ou mutilation (p. 35) Assurance vie des personnes à charge (p. 37) Personne conjointe Enfant à charge	Même montant d'assurance vie payable au décès de la personne adhérente Moins de 65 ans : 10 000 \$ 65 à 70 ans : 4 000 \$ 70 ans et plus : 2 000 \$ 4 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures
Assurance vie additionnelle (p. 37) Personne adhérente Personne conjointe	1 à 7 tranches de 20 000 \$ 1 à 7 tranches de 20 000 \$
Assurance invalidité de courte durée (p. 39) Délai de carence Période de prestations Montant de la prestation Indexation	Collèges privés seulement 30 jours suivant le début de l'invalidité 23 mois 80 % du salaire net, maximum 5 000 \$ par mois Oui selon R.R.Q., maximum 3 %
Assurance invalidité de longue durée (p. 42) Délai de carence Période de prestations Montant de la prestation Indexation	Obligatoire Après la courte durée ou 104 semaines Jusqu'à 65 ans 80 % du salaire net, max. 5 000 \$ par mois Oui selon R.R.Q.



ASSURANCE MALADIE (obligatoire)

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, à l'exclusion des dépenses non médicalement nécessaires, des frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et des frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents de travail, de la Loi sur l'assurance automobile ou toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

1. Les frais suivants sont remboursables à 100 %.

Hospitalisation

Lorsque, sur recommandation d'un médecin, une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit hôpital pour le séjour en chambre semi-privée ou en chambre particulière tant que cette personne assurée a droit à des soins assurés à titre de malade hospitalisé, mais seulement jusqu'à concurrence du montant que ledit hôpital est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de séjour de ce dernier en chambre semi-privée.

Malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés

Lorsque, sur recommandation d'un médecin et ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, une personne assurée est admise à titre de malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés dans un hôpital antituberculeux, dans un sanatorium, dans un hôpital pour malades mentaux, dans une maison de repos, dans une maison de retraite ou dans un dispensaire, et que l'établissement est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation de cette province, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit établissement pour le séjour de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours d'hospitalisation pour soins prolongés par année civile et jusqu'à concurrence du montant que ledit établissement est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de ce dernier en chambre semi-privée.

Assurance voyage

(Voir la description détaillée de la garantie à la page 16.)

Assurance annulation de voyage

(Voir la description détaillée de la garantie à la page 22.)



- 2. Les frais de médicaments sont remboursés à 90 % sauf les médicaments non génériques qui sont remboursés à 80 %; toutefois, si le total des frais de médicaments admissibles (génériques ou non) dépasse 1 000 \$ par année civile pour la personne adhérente ou les personnes à sa charge, le cas échéant, les frais de médicaments qui excèdent ce montant sont remboursables à 100 %.**

Médicaments

L'Assureur rembourse les **médicaments** qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé. Sous réserve des exclusions apparaissant au point 6, nous entendons par médicaments, les produits inclus dans les plus récentes listes de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'A.Q.P.P.) à l'exception des médicaments codés « Z ».

L'Assureur rembourse également les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique, glaucome.

Pour tout nouveau médicament approuvé après le 1^{er} janvier 1997, l'Assureur se réserve le droit, après entente avec le Comité :

- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la Loi sur l'assurance-médicaments, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi;
- de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.

Nonobstant toute définition ou exclusion du présent contrat, sont considérés comme frais admissibles tous les médicaments que le contrat collectif doit couvrir conformément à la Loi sur l'assurance-médicaments.

- 3. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 80 % et sont sujets à des maximums.**

Autres frais admissibles

- Les frais de **médicaments homéopathiques ne pouvant être obtenus que sur ordonnance** d'un homéopathe et qui sont vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 400 \$ par année civile, par personne assurée.






Assurance maladie

- Sur ordonnance d'un médecin, les frais engagés pour **sérums et liquides injectés pour fins curatives**, y compris les **injections en vue d'une insémination artificielle**.
- Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat d'un **membre artificiel** pour un sinistre survenu en cours d'assurance, d'**appareils prothétiques** excluant les prothèses dentaires, d'**orthèses plantaires** et d'**appareils orthopédiques** sauf les souliers orthopédiques, les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.
- Les frais de transport par **ambulance**, y compris un voyage par avion ou par train (aller et retour) en cas d'urgence.
- Les services de **chiropraticiens**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par visite et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Les **radiographies de chiropraticiens** sont remboursées jusqu'à concurrence de 30 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.
- Les frais engagés au Canada ou hors du Canada, pour un séjour en **clinique privée, spécialisée et reconnue dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie** (excluant toutefois le tabagisme) **ou le jeu compulsif**, jusqu'à concurrence d'une cure par année civile, d'un remboursement de 3 500 \$ par année civile et d'un maximum viager de 2 cures par personne assurée.
- Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 paires par année civile, par personne assurée.

4. Les frais et services suivants sont remboursés à 80 % et sont sujets à des maximums pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement de la personne assurée :

- Les services d'**ostéopathes ou podiatres**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels.
- Les services professionnels de **chirurgiens dentistes** pour réparer les dommages accidentels à des dents naturelles, subis après le commencement de l'assurance et à la condition que les soins soient prodigués moins d'un an après la date de l'accident.
- Les services d'**acupuncteurs**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée.






Assurance maladie

- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 200 \$ par période de 5 années consécutives par personne assurée.
- Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 1 750 \$ par période de 5 années consécutives par personne assurée.
- Les honoraires de **psychiatres, psychanalystes en clinique externe, les services de psychologues, conseillers en orientation en pratique privée et travailleurs sociaux**. Ces professionnels sont remboursés à 50 % des premiers 1 400 \$ de frais admissibles et 100 % des 1 400 \$ de frais admissibles suivants. Remboursement maximal de 2 100 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels, à raison d'une consultation par jour. Ce maximum s'appliquera également dans le cas de thérapie conjugale pour les deux conjoints.

Les **services de psychiatres** qui sont remboursés, sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.



Les **services de travailleurs sociaux** qui sont remboursés sont uniquement ceux rendus par des professionnels faisant partie de la corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.
- Les services de **physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique**, sujets à un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels.
- Les honoraires de **diététistes**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée, est sujet à prestation.
- Les honoraires d'**homéopathes**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée, est sujet à prestation.



Assurance maladie

- Les services de **naturopathes**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 2 consultations par année civile, par personne assurée.
- Les frais pour les **vaccins**, y compris les vaccins de nature préventive et administrés par un médecin ou un infirmier.
- Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée sujet à un maximum admissible de 75 \$ par jour par personne assurée, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre immédiatement après la fin de son hospitalisation, que l'hospitalisation ait duré au moins 3 jours et qu'elle ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 15 jours par hospitalisation.

5. Les frais des services et fournitures énumérés ci-après sont remboursables à 80 % et sont sujets à des maximums. Ils doivent être prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de la personne assurée :

- 
- Les services professionnels d'un **infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé**, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement dans la demeure de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille.
 - Les frais d'achat de **souliers orthopédiques** (chaussures moulées), après déduction d'une franchise de 20 \$ par paire.
 - Les **chaussures correctrices** achetées dans une maison spécialisée sont remboursées jusqu'à concurrence de 2 paires par année civile par personne assurée.
 - Les frais de location de **fauteuil roulant, de poumon d'acier ou d'un équipement thérapeutique**.
 - Les services d'**oxygénothérapie** rendus sous surveillance ou ordonnance d'un médecin. Toutefois, les professionnels rendant ces services doivent être inscrits aux organismes réglementant leur profession.
 - Les honoraires d'**orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'orthopédagogues**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 400 \$ par année civile, **pour l'ensemble de ces professionnels**, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée, est sujet à prestation.
- 



Assurance maladie

- Les frais d'achat ou de réparation de **prothèses auditives** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par période de 3 années consécutives, par personne assurée.
 - Les frais pour les **appareils temporo-mandibulaires** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois, par personne assurée.
 - Lorsque qu'une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région, les frais suivants sont admissibles et remboursables jusqu'à concurrence de 500 \$:
 - Si la situation nécessite un déplacement d'au moins 280 kilomètres (au total pour l'aller et le retour) du lieu de résidence de la personne assurée, les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile; toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.
 - Les frais de logement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.
- Les frais admissibles doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport s'il est fait en automobile.
- Les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente si cette dernière détient une protection individuelle; si la personne adhérente détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente ou ses personnes à charge; cette protection permet la présence d'un accompagnateur, si la situation le justifie.
- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire** externe par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
 - Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 400 \$ par année civile, par personne assurée.

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document, doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par l'Assureur.

6. Exclusions

Sans autres limitations aux soins, fournitures et services décrits aux points 1 à 5, aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour les frais subis :

- Pour l'examen de la vue ou de l'ouïe, sauf s'il est nécessaire par suite d'un accident.
- Si la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.
- Par suite de toute guerre déclarée ou non ou de participation active à une insurrection.
- Par suite de la participation active à un crime.
- Pour des substances ou des aliments diététiques.
- Pour des médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance.
- Après la terminaison du présent contrat sous réserve de la clause de prolongation.
- Pour prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, sauf si cela est nécessité par suite d'un accident.
- Que la personne assurée ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévaluée des dispositions de tout régime public auquel elle était admissible.
- Pour chirurgie, traitements ou prothèses, à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour examen médical périodique, pour fins d'emploi ou pour fins d'assurance.



ASSURANCE VOYAGE

(Cette garantie est incluse dans le régime d'assurance maladie)

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

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. **Le remboursement maximal par personne assurée est de 1 000 000 \$ viager.**




Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

b) Frais de transport

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



Assurance voyage

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

c) Allocations de subsistance

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





Service d'assistance-voyage



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



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



Assurance voyage

- . L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Le coût de ces médicaments est, dans tous les cas, payé par la personne assurée, pour ensuite être remboursé par l'Assureur si admissible.
- . Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication encourus pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- . L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit ou autre.
- . L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- . Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

obligations de la personne assurée

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

Exclusions

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

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée.
- b) Lorsque la personne assurée refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) Lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle la personne assurée a été hospitalisée, pour laquelle elle a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne assurée est stabilisée. Un changement, quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- f) Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

L'assureur s'engage à ne pas appliquer les exclusions (e) et (f) à moins d'avoir informé la personne assurée, avant son départ, que sa condition est visée par l'exclusion. Il est fortement recommandé aux personnes présentant des problèmes sérieux de santé de communiquer avec l'Assureur avant leur départ.

- g) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.
- h) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.



Assurance voyage

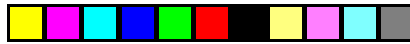
- i) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- j) Pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature (en cas de doute, communiquez avec l'Assureur).
- k) Lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur. **Cette exclusion s'applique au service d'assistance-voyage seulement.**

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

EN CAS D'URGENCE

Veillez prendre note que les informations apparaissant sur votre attestation d'assurance sont nécessaires lorsque vous désirez rejoindre les services de l'assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :

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



ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE
(Cette garantie est incluse dans le régime d'assurance maladie)




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

Causes d'annulation ou d'interruption

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

- a) Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- c) Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- e) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- g) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- h) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- i) Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.





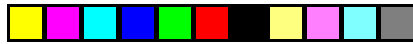
Assurance annulation de voyage

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

Frais admissibles

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

- a) En cas d'annulation avant le départ :
- La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler.



Assurance annulation de voyage

- La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

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

- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'assureur.
Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.
 - La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.



Exclusions

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

- a) Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- c) Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- d) La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.



- e) La grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- f) Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligé intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- g) L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.
- h) La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature.

IMPORTANT

- i) **Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.**
- j) Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Délai pour demander l'annulation

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

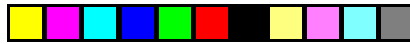
Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.

Demande de prestations pour la garantie d'assurance annulation de voyage

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

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



ASSURANCE SOINS DENTAIRES
*(Obligatoire pour tout employé d'un collègue
dont le syndicat a retenu cette garantie)*

Lorsqu'une personne assurée subit des frais pour des traitements dentaires tels que définis ci-après, rendus et recommandés par un dentiste, l'Assureur paie pour l'ensemble de ces protections jusqu'à concurrence d'un remboursement de 1 000 \$ par année civile par personne assurée :

- **70 % des frais de prévention;**
- **70 % des frais de restauration de base;**
- **70 % des frais de restauration majeure.**

Une seule franchise annuelle de 25 \$ est applicable pour la personne adhérente et ses personnes à charge, le cas échéant.

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



Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2001 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute durant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.



Pour la première année d'assurance, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'Assureur et le Preneur. De plus, pour la première année d'assurance, les maximums sont proportionnels au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.



1. Frais admissibles

Frais de prévention

Diagnostic

- examen buccal clinique :
 - a) examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs (01110, 01120, 01130)
 - b) examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs (01200)
 - c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance-maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)
 - d) examen d'urgence (01300)
 - e) examen d'un aspect particulier jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs (01400)

Limitation : un seul examen de rappel, périodique, complet ou d'un aspect particulier par période de 6 mois consécutifs est couvert.

- radiographies :
 - a) radiographies intra-orales
 - i) radiographie périapicale (02111 à 02116)
 - ii) radiographie occlusale (02131, 02132)
 - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144)
 - b) radiographies extra-orales
 - i) pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - ii) examen des sinus (02304)
 - iii) sialographie (02400)
 - iv) substance radiopaque (02430)
 - v) articulation temporo-mandibulaire (02504)
 - c) interprétation de radiographies provenant d'une autre source (02800)
 - d) tomographie (02920, 02929)

Limitation : pas plus d'une séance de radiographies sera remboursable par période de 6 mois consécutifs; à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence; de plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

Prévention

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs (11100, 11200, 11300)
- détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)
- application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 16 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs (12400)
- finition des obturations (13300)
- scellants de puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 14 ans et moins (13401, 13404)
- meulage des dents
 - a) meulage interproximal des dents (13700)
 - b) odontotomie prophylactique et /ou améloplastie (13710)

Restauration de base

Restauration

- dents primaires;
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordantage (21121 à 21125)
 - c) antérieure en composite lié par mordantage (23311 à 23315)
 - d) postérieure en composite lié par mordantage (23411 à 23415)
- dents permanentes;
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordantage (21231 à 21235)
 - d) molaire en amalgame lié par mordantage (21241 à 21245)
 - e) antérieure en composite lié par mordantage (23111 à 23115, 23118)
 - f) facette fabriquée au fauteuil (antérieure et prémolaire) (23122)
 - g) prémolaire en composite lié par mordantage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordantage (23211 à 23215)
 - h) molaire en composite lié par mordantage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordantage (23221 à 23225)
- tenons, pour restauration en amalgame ou en composite (21301 à 21304)
- supplément pour une restauration en amalgame ou en composite, sous le crochet d'une prothèse partielle (21501, 23701)

Chirurgie buccale

- ablation d'une dent ayant fait éruption sans complication (71101, 71111)
- ablation chirurgicale
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100)
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
 - d) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
 - e) déplacement chirurgicale d'une dent (72430, 72440)
 - f) énucléation d'une dent (72450)
- correction et remodelage des tissus buccaux
 - a) alvéolectomie (73020)
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110)
 - c) stomatoplastie (73123)
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
 - e) tubéroplastie (73150, 73151)
 - f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)
 - g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)
 - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)
 - i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)
 - j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109)
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou de granulôme intraosseux (74408 à 74410)
- incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110)
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)
- frénectomie (77801 à 77803)
- contrôle d'hémorragie (79400, 79401)

Services généraux complémentaires

- anesthésie locale (92110, 92120)
- sédation consciente par inhalation (92310, 92311)
- visites professionnelles (94100, 94200, 94400)

Restauration majeure

Endodontie

- carie/trauma/contrôle de la douleur
 - a) pansement sédatif/coiffage indirect (20111, 20121)
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
- urgence endodontique;
 - a) pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct)
 - i) ouverture à travers une dent naturelle (39201, 39202)
 - ii) ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine (39211, 39212)
 - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct) (39901 à 39903)
 - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
 - e) réimplantation d'une dent avulsée (39981)
 - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)
- thérapie canalaire
 - a) traitement de canal
 - i) un canal (33100 à 33102, 33110)
 - ii) deux canaux (33200 à 33202, 33210)
 - iii) trois canaux (33300 à 33302, 33310)
 - iv) quatre canaux (33400 à 33402, 33410)
 - b) apexification
 - i) un canal (33521, 33531, 33541)
 - ii) deux canaux (33522, 33532, 33542)
 - iii) trois canaux (33523, 33533, 33543)
- chirurgie endodontique périapicale
 - a) apéctomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
 - b) apéctomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)
 - c) apéctomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - d) amputation de racine (34401, 34402)
 - e) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
 - f) hémisection (39230)
 - g) stabilisateur endodontique intra-osseux (39715, 39725)
- blanchiment d'une dent effectué au cabinet par le dentiste jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année par personne assurée pour toutes les dents
 - a) dents devitalisées (39410)
 - b) dents vivantes, au cabinet (39420, 39421)

Parodontie

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200)
- application d'agent désensibilisant jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année par personne assurée pour toutes les dents (41300)
- chirurgie parodontale;
 - a) curetage et surfaçage radiculaire (42000, 42001)
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
 - c) fibrotomie (42330, 42331)
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
 - e) greffe
 - i) tissus mous (42200, 42300, 42560, 42561)
 - ii) tissus osseux (42611, 42700, 42711)
 - f) Wedge interproximal (mésial ou distal) (42400)
 - g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441)
 - h) allongement de la couronne clinique, avec approche par lambeau et correction par ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42451)
 - i) visite de contrôle postopératoire pour changement du pansement (42720)
- traitements parodontaux d'appoint
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260, 43270, 43280)
 - b) équilibration de l'occlusion (43300, 43310)
 - c) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)
 - d) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
 - e) irrigation parodontale, sous-gingivale (49211)

Ajustement d'une prothèse

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

Réparations d'une prothèse complète ou partielle

- réparation d'une prothèse complète sans empreinte (55101 à 55104)
- réparation d'une prothèse complète avec empreinte (55201 à 55204)
- ajouts de structure à une prothèse partielle (55520, 55530)
- remplacement des dents d'une prothèse (56602)
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631)

Rebasage et regarnissage

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200 à 56202, 56210 à 56212, 56220 à 56222, 56230 à 56232)
- rebasage (jump) (56260 à 56263, 56280, 56290)
- garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273)

Restriction concernant le rebasage et regarnissage

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

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

2. Exclusions

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants:

- Les traitements dentaires gratuits ou ceux que la personne assurée n'est pas tenue de payer, ainsi que ceux qu'elle ne serait pas tenue de payer, si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel la personne assurée pouvait être admissible ou ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent contrat.
- Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle la personne assurée a adhéré.
- Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire; ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.



Assurance soins dentaires

- Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par la personne assurée ou pour compléter des formules de réclamation requises par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque la personne assurée exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec la personne assurée; pour consultation avec un autre dentiste.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse de la diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la réinstruction d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire; pour tous les protecteurs buccaux.
- Les traitements dentaires reliés aux implants.
- Les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

De plus, les prestations de toute personne assurée référant aux soins engagés d'après un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.





ASSURANCE VIE
(Garantie optionnelle)

1. Assurance vie de la personne adhérente

a) Montant d'assurance de base

Le montant d'assurance de base payable au décès de la personne adhérente est le suivant :

- 2 fois le salaire annuel qui aura auparavant été arrondi au plus près 500 \$, si le décès a lieu avant le 65^e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite si cette date est antérieure; le montant d'assurance de base minimal est de 20 000 \$;
- 1 fois le salaire annuel arrondi au plus près 500 \$, si le décès a lieu au ou après le 65^e anniversaire de naissance, pour une personne adhérente non à la retraite;
- 10 000 \$ si le décès a lieu au ou après le 70^e anniversaire de naissance, pour une personne adhérente non à la retraite.



Tout changement dans le montant d'assurance s'effectue à la dernière des dates suivantes :



- le jour de prise d'effet du changement de salaire, ou si postérieure;
- le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur.

b) Indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation

Si une personne adhérente âgée de moins de 65 ans subit, par suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées dans le tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de la personne adhérente, un montant déterminé selon ledit tableau qui, pour toutes les pertes résultant d'un même accident, ne peut excéder le montant d'assurance de base.



Assurance vie

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

La perte d'une main ou d'un pied signifie la perte d'usage totale et définitive. La perte de la vue doit être complète et irrémédiable. Cette protection s'applique 24 heures par jour que la personne assurée soit au travail ou non.

La prestation prévue en cas de mort accidentelle ou mutilation est doublée si l'accident est subi par la personne adhérente :

- Lors d'un voyage comme passager dans ou sur une voiture de transport public (y compris les plates-formes, les marches ou marchepieds d'une voiture de chemin de fer ou de métro) régulièrement affectée au service des passagers par un voiturier licencié (comme autobus, taxi, métro, train, bateau ou avion commercial).
- Lors d'un accident dans un escalier mobile ou un ascenseur (excepté les ascenseurs de mines).
- Lors de l'incendie d'un édifice public pourvu que la personne adhérente s'y soit trouvée dès le commencement de l'incendie et n'y pratique pas habituellement son occupation.
- Lors de l'écroulement d'un mur extérieur d'un édifice public alors que la personne adhérente se trouvait à l'intérieur et n'y pratiquait pas habituellement son occupation.
- Par la foudre, ou par l'explosion ou la rupture d'une chaudière à vapeur.
- Par un ouragan ou un cyclone tel que rapporté par le bureau météorologique du district où l'accident a eu lieu.

Exclusions

L'Assureur ne paie pas le montant d'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation si la personne adhérente subit l'une des pertes énumérées au tableau des pertes :





Assurance vie

- Alors qu'elle exerce ou tente d'exercer toute fonction de membre de l'équipage d'un aéronef commercial ou privé, sauf si elle agit en tant qu'employé(e) d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.
- En raison de suicide ou d'une blessure ou mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.
- Par suite de sa participation à un crime.
- Si la personne assurée fait partie des forces armées de terre, de mer ou d'air.
- Pendant que l'assurance sur la vie d'une personne adhérente est prolongée sans paiement des primes, par suite d'invalidité.

2. Assurance vie des personnes à charge

Le montant d'assurance vie des personnes à charge est le suivant :

- **Personne conjointe :**

10 000 \$ si son décès survient avant son 65^e anniversaire de naissance;
4 000 \$ si son décès survient à ou après son 65^e anniversaire de naissance et avant son 70^e anniversaire de naissance; 2 000 \$ si son décès survient à ou après son 70^e anniversaire de naissance.

- **Enfant à charge :**

4 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures et tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge.

3. Assurance vie additionnelle

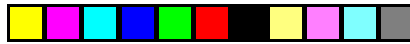
Toute personne adhérente protégée par la garantie d'assurance vie de base, a la possibilité d'ajouter pour elle ou pour sa personne conjointe seulement, de l'assurance vie additionnelle aux conditions décrites ci-dessous :

- La personne adhérente ne doit pas être retraitée.
- La personne adhérente qui désire obtenir de l'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe, doit détenir au préalable la protection d'assurance vie des personnes à charge et doit être âgée de moins de 65 ans.
- La personne adhérente et/ou sa personne conjointe peut souscrire de 1 à 7 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 20 000 \$.
- La protection se termine à 70 ans ou à la date effective de la retraite si antérieure.



Assurance vie

- L'exonération des primes suit les mêmes règles que l'assurance vie de base selon les modalités suivantes :
 - . en cas d'invalidité de la personne adhérente, la prime de cette dernière et celle de sa personne conjointe, s'il y a lieu, sont exonérées;
 - . en cas d'invalidité de la personne conjointe, la prime de celle-ci n'est pas exonérée.
- Des preuves d'assurabilité sont exigées.
- Les taux sont fournis par sexe et pour les catégories fumeur et non fumeur (le critère d'admissibilité à la seconde catégorie est de ne pas avoir fumé de cigarettes au cours de la dernière année).
- La même base de taux est utilisée pour la personne conjointe.



ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE
(Garantie obligatoire pour un(e) employé(e) du secteur privé qui remplit les conditions d'admissibilité)

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant que la personne adhérente en vertu du contrat est devenue invalide et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse une rente mensuelle définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence signifie la période de 30 jours suivant le début de l'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

2. Période de prestations

Le premier versement de rente est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite, aussi longtemps que la personne adhérente demeure invalide, jusqu'à concurrence d'une période maximale de 23 mois.

Le paiement mensuel de la prestation cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

3. Montant de la prestation

Le montant initial de la rente mensuelle payable en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égal à 80 % de son salaire net mensuel, le salaire net étant celui établi au moment où s'épuisent les congés de maladie. Toutefois, la rente est limitée à 5 000 \$ par mois.

4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant de la rente mensuelle est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité à 3 %.

5. Réadaptation

La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-après. Le service de cette rente prend fin dès l'expiration d'une période de 12 mois après le début du programme de réadaptation, ou l'interruption du programme de réadaptation ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.





Assurance invalidité de courte durée

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de la prestation versée s'il n'y avait pas un programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération pour le travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si le revenu de la personne adhérente, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était active, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de cet excédent.

De plus, le programme de réadaptation peut comprendre le retour progressif dans son emploi. Ce programme doit être approuvé par l'Assureur et est sujet à une période maximale de 12 mois.

6. Exclusions

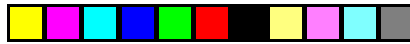
Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- De l'exercice de toute fonction de l'équipage d'un aéronef commercial sauf si il agit en tant qu'employé(e) d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.
- D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.
- D'une blessure ou mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.
- De sa participation active à un crime.
- D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.
- Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

7. Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, la prestation est réduite :

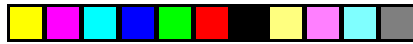
- Du montant initial de toute prestation de base, en vertu du Régime des rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi sur l'Assurance-emploi, du Régime de retraite et de tout autre régime public ou contrat d'assurance collective, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.
- De 95 % du montant net de toutes prestations d'invalidité reçues en vertu du régime de retraite.



Assurance invalidité de courte durée

- De toute prestation payable en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite payée en vertu d'un régime de retraite du secteur public ou parapublic pour une personne adhérente invalide prenant sa retraite après le 30 juin 1996.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime des rentes du Québec qui est effectivement payée à la personne adhérente.





ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE *(Garantie obligatoire)*

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant que la personne adhérente en vertu du contrat est devenue invalide et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse une rente mensuelle définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence signifie la période de 104 semaines après le début de l'invalidité, plus l'épuisement de la réserve des congés de maladie, le cas échéant.

Pour la personne adhérente du **secteur privé**, le délai de carence débute lorsqu'elle devient invalide et se termine le dernier jour pour lequel les prestations d'assurance invalidité de courte durée sont payables.

2. Période de prestations

Le premier versement de rente est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

3. Montant de la prestation

Personne adhérente devenue invalide avant le 1^{er} juillet 1996

Le montant initial de la rente mensuelle payable en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égale à 70 % des premiers 2 500 \$ de salaire mensuel de la personne adhérente et 50 % de l'excédent; le montant de la rente est limité à un maximum mensuel de 5 000 \$. Par salaire on entend celui auquel la personne assurée aurait droit au début du versement des prestations d'assurance invalidité de longue durée.

Personne adhérente devenue invalide après le 30 juin 1996

Le montant initial de la rente mensuelle payable en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égal à 80 % de son salaire net mensuel, le salaire net étant celui que la personne adhérente aurait eu à la fin du délai de carence tel que prévu à sa convention collective si elle n'était pas devenue invalide. Toutefois, la rente est limitée à 5 000 \$ par mois.



4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant de la rente mensuelle est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité à 6 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est le ou postérieure au 1^{er} janvier 1981 et à 4 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est antérieure au 1^{er} janvier 1981.

5. Réadaptation

La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le service de cette rente prend fin dès l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation, ou l'interruption du programme de réadaptation, ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de la personne adhérente avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si le revenu de la personne adhérente, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100% du salaire net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

De plus, le programme de réadaptation peut comprendre le retour progressif dans son emploi. Ce programme doit être approuvé par l'Assureur et est sujet à une période maximale de 12 mois.

6. Exclusions

L'Assureur n'encourt aucune obligation relativement à toute période d'invalidité d'une personne adhérente résultant :

- De l'exercice de toute fonction de l'équipage d'un aéronef commercial sauf si il agit en tant qu'employé(e) d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.
- D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.
- D'une blessure ou mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.
- De sa participation active à un crime.

- D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.
- Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

7. Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, la prestation est réduite :

- Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base en vertu du Régime de rentes du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à la personne adhérente si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée. Une réponse négative de la Régie de rentes du Québec ne prive aucunement la personne adhérente du droit à ses prestations.

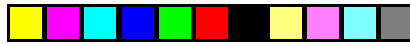
La personne adhérente a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de la personne adhérente entraînera la réduction de la prestation tel que décrit au paragraphe précédent.

Les augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation ne seront pas considérées.

- De 95 % du montant net de toutes prestations d'invalidité reçues en vertu du régime de retraite.
- De toute prestation payable en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite payée en vertu d'un régime de retraite du secteur public ou parapublic pour une personne adhérente invalide prenant sa retraite après le 30 juin 1996.

L'Assureur peut demander à la personne adhérente invalide de présenter une demande de rente de retraite auprès de l'autorité concernée, si la personne adhérente invalide remplit les trois critères suivants :

- a) être éligible à une rente de retraite sans réduction actuarielle;
- b) avoir terminé la période d'exonération au régime de retraite en cas d'invalidité;



Assurance invalidité de longue durée

- c) avoir obtenu la garantie que l'Assureur ne remette plus en cause l'état d'invalidité.

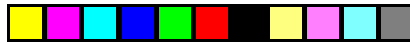
Dans le cas où la personne adhérente invalide refuse de présenter une telle demande, la rente de retraite utilisée pour réduire la prestation d'invalidité sera estimée de la façon suivante :

- a) selon l'état de participation au régime de retraite; cet état doit être fourni par l'adhérent; sinon
b) 70 % du salaire effectif au début de l'invalidité.

La rente de retraite ainsi estimée pourra être corrigée de façon rétroactive, pour une période maximale de 6 mois, dans le cas où la personne adhérente invalide décide de présenter sa demande de rente de retraite ou de fournir à l'Assureur son état de participation au régime de retraite.

- Du montant initial de toutes prestations d'invalidité de base en vertu de la Loi sur les accidents du travail, de la Loi sur l'assurance-automobile, de la Loi sur l'assurance-emploi et de tout autre régime public ou contrat d'assurance collective, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime des rentes du Québec qui est effectivement payée à la personne adhérente.
- Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité ayant débuté **le ou après le 1^{er} janvier 2008**, la prestation est réduite de 50 % du montant brut provenant d'une activité rémunératrice effectuée par une personne adhérente invalide subséquentement au début de son invalidité. Le montant brut sujet à intégration devant être établi par la transmission de la personne adhérente invalide à l'Assureur de sa déclaration de revenus et des avis de cotisations qui ont suivi.





RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause.

Activité à caractère commercial

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

Assisteur

La firme d'assistance voyage CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.

Associé en affaires

La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

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

Conjoint

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

- . est marié ou uni civilement à la personne adhérente; ou
- . n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement depuis un an avec une personne adhérente non mariée ni uni civilement, ou depuis moins d'un an s'il ou elle est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente; ou
- . n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement avec une personne adhérente non mariée ni unie civilement et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

étant précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et le conjoint dans le cas d'un mariage; la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait ou la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile, fait perdre ce statut de conjoint.



Employé(e)

L'expression « Employé(e) » regroupe les catégories suivantes :

- toute personne engagée par l'employeur à temps complet et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN, à l'exception des enseignant(e)s chargés de cours;
- toute personne engagée par l'employeur à temps partiel pour un contrat minimal de 20 % d'une tâche par session et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN, à l'exception des enseignant(e)s chargés de cours;
- toute personne ou catégorie de personnes acceptée par le Preneur et visée par le contrat (réf. : contrat);
- toute personne enseignante chargée de cours visée par le contrat (réf. : contrat).

Enfant à charge

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

- une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exerce l'autorité parentale, y compris un enfant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises; une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que la personne adhérente ou son conjoint subviennent à ses besoins dans une large mesure;
- une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans conjoint, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle répondait à l'un des deux paragraphes précédents.

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

Frais de voyage payés d'avance

Toute somme déboursée par la personne assurée pour lui-même 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. Ils comprennent également une somme déboursée par la personne assurée relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par la personne assurée relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

Invalidité ou invalide

Pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} juillet 1991

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 5 ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier et, après cette période, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; toutefois, pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 1990, les mots « 5 ans » ci-haut sont remplacés par « 24 mois ».

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} juillet 1991 mais avant le 1^{er} juillet 1995

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 5 ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier; après cette période et jusqu'à l'âge de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; à partir de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} juillet 1995 mais avant le 1^{er} janvier 2008

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 5 ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier; après cette période et jusqu'à l'âge de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; à partir de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.



Renseignements généraux

De plus, une invalidité ne pourra être refusée sur la seule base que la personne adhérente, à la fin du délai de carence, est en retour au travail progressif ou dans un programme de réadaptation au sens de sa convention collective.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de la personne adhérente quant à l'invalidité de cette dernière, les deux médecins s'entendent sur le choix d'un troisième médecin dont la décision est sans appel. Le coût de l'examen est à la charge de l'Assureur. Dans de tels cas, de même que dans les cas où l'expertise d'un troisième médecin est nécessaire tel que prévu aux clauses pertinentes de la convention collective en vigueur (article 5.5.26 de la convention collective FNEEQ 2000-2002), la personne adhérente reçoit des prestations entre la date de réception par l'Assureur de l'avis de son médecin ou de celui de l'employeur, selon le cas, et la date de la décision, sans toutefois excéder 6 mois, si à la fin de cette période aucune décision n'a été rendue. Une décision en faveur de l'Assureur n'entraîne pas le remboursement des prestations reçues par la personne adhérente durant ladite période. De plus, l'employeur devra rapporter à l'Assureur, sur demande de celui-ci, toute invalidité qui aura duré plus de 6 mois relativement aux personnes adhérentes invalides du secteur public.

N.B. : Voir les dispositions complètes au contrat.



Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant.

Période d'invalidité

Pour les 24 premiers mois d'invalidité

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 8 jours (doit se lire « 32 jours » de travail si la période d'invalidité est supérieure à 3 mois) de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

Par la suite

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 180 jours de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

Personne adhérente

Un(e) employé(e) qui est admis(e) à l'assurance.

Proche parent

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de la personne assurée.

Voyage

(Cette définition s'applique à la garantie d'assurance annulation de voyage seulement.)

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considéré comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

RESTRICTION : Les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche sont exclus.

2. Admissibilité

L'employé(e) est admissible à l'assurance à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'un(e) employé(e) assuré(e) en vertu des contrats antérieurs. Dans le cas de tout autre employé(e), il(elle) est admissible à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat ou, si postérieure à compter de la date de son entrée au service de l'employeur.

Toutefois, un(e) employé(e) non permanent(e) est admissible à la garantie d'assurance invalidité de longue durée lors de la signature de chaque contrat, qu'il soit contigu ou non contigu. Cependant, un(e) employé(e) non permanent(e) qui a des contrats contigus peut adhérer à la garantie d'assurance invalidité longue durée sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité seulement lors de ses trois premiers contrats, le premier étant celui signé à la date de son entrée en service de l'employeur. Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur devront être fournies aux frais de la personne adhérente lors des contrats subséquents. Aux fins d'application de cette disposition, un contrat doit être interprété comme un contrat minimal de 0,5 ETC par session, c'est-à-dire, 1/2 charge par session ou 1/4 de tâche par année.

De plus, pour l'application du présent contrat, un(e) employé(e) qui acquiert sa permanence est considéré(e) être devenu(e) admissible à la date à laquelle il(elle) acquiert sa permanence, à la condition que l'employé(e) soit au travail actif à cette date. Sinon, il(elle) sera admissible lors de son retour au travail actif.

3. Adhésion

Assurance maladie

L'adhésion est obligatoire et selon la même protection (sans personne à charge, sans conjoint mais avec un ou des enfants à charge, avec conjoint sans enfant à charge ou avec des personnes à charge) pour l'employé(e) du secteur public et privé qui remplit les conditions d'admissibilité.

Depuis le 1^{er} janvier 1997, le régime couvre tous les médicaments admissibles, pour les actifs et leurs conjoints, y compris ceux âgés de 65 ans et plus. **Dans ce dernier cas, les personnes assurées doivent informer la Régie d'assurance-maladie du Québec qu'elles sont assurées en vertu d'un régime collectif pour leurs médicaments si elles ne veulent pas avoir à payer la prime pour le régime d'état.**

Assurance soins dentaires

L'adhésion est obligatoire pour tout(e) employé(e) d'un collègue dont le syndicat a retenu la garantie d'assurance soins dentaires, qui remplit les conditions d'admissibilité. L'assurance des personnes à charge est facultative. Cette protection s'adresse aux employés(es) actifs(ves) seulement.

Assurance vie et vie additionnelle pour la personne adhérente et le conjoint

L'adhésion est facultative pour l'employé(e) du secteur public et privé qui remplit les conditions d'admissibilité.

Assurance invalidité de courte durée

L'adhésion est obligatoire pour l'employé(e) du **secteur privé** seulement qui remplit les conditions d'admissibilité.

Assurance invalidité de longue durée

L'adhésion est obligatoire dès qu'un(e) enseignant(e) acquiert sa permanence, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. Dans les 30 jours suivant, l'employeur doit nous transmettre le formulaire d'adhésion dûment signé.

L'employé(e) qui est devenu(e) permanent(e) le 15 août 2001 ou après le 15 août 2001 doit adhérer à la **garantie d'assurance invalidité de longue durée** en remplissant une demande d'adhésion avant l'expiration d'une période de 30 jours suivant la date à laquelle il(elle) devient admissible.

L'employé(e) ayant obtenu sa permanence avant le 15 août 2001 et qui a choisi de ne pas adhérer à la **garantie d'assurance invalidité de longue durée** avant le 31 octobre 2001 ne peut modifier son choix par la suite.

L'adhésion est facultative pour un(e) employé(e) non permanent(e).

4. Exemption

Un(e) employé(e) ou ses personnes à charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer à la **garantie d'assurance maladie** à la condition qu'ils attestent être assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer à compter de la date à laquelle ils ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif.

Toutefois, un(e) employé(e) qui a refusé ou cessé d'adhérer, peut choisir d'adhérer au moment où il(elle) acquiert sa permanence même si il(elle) demeure admissible à un autre contrat collectif. Il(elle) doit alors présenter sa demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle il(elle) acquiert sa permanence.

De même, un(e) employé(e) peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à la **garantie d'assurance soins dentaires, s'il y a lieu**, à la condition qu'il(elle) atteste à la satisfaction de l'Assureur, qu'il(elle) est assuré(e) en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. L'employé(e) qui a refusé ou cessé d'adhérer à la garantie d'assurance soins dentaires peut y adhérer sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité en établissant à la satisfaction de l'Assureur : qu'antérieurement il(elle) était assuré(e) en vertu du présent contrat comme personne à charge ou en vertu de tout autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire; qu'il(elle) est devenu(e) impossible qu'il(elle) continue à être assuré(e) et qu'il(elle) présente sa demande dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance.

5. Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité

a) Garanties obligatoires :

L'employé(e) admissible doit compléter une demande d'adhésion.

b) Garanties optionnelles :

La personne adhérente qui désire adhérer aux **garanties d'assurance vie** doit compléter une demande d'adhésion. Si cette demande est remplie après l'expiration d'une période de 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible, la personne adhérente doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur. La date à laquelle l'employé(e) devient admissible, pour un(e) employé(e) qui était admissible en vertu des contrats antérieurs et qui n'a pas cessé d'être à l'emploi, est la date où il(elle) est devenu(e) admissible au contrat antérieur et non la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

6. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné, ou déclarer que l'assurance est payable aux ayants-droits, sur déclaration écrite, signée et déposée au siège social de l'Assureur, le tout sujet aux dispositions de la Loi. L'Assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

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

7. Exonération des primes

7.1 Pour une personne invalide du secteur public

Garanties d'assurance maladie et soins dentaires, s'il y a lieu

L'assurance d'une personne adhérente (et de ses personnes à charge, le cas échéant) qui devient invalide avant la date effective de la retraite est maintenue en vigueur sans paiement des primes tant que dure l'invalidité, pourvu que le contrat demeure en vigueur et qu'une telle personne adhérente invalide n'ait pas atteint l'âge de 65 ans.

L'exonération des primes ne s'applique cependant qu'à partir du moment où une personne adhérente invalide devient admissible à des prestations d'assurance invalidité de longue durée, soit après un délai de carence de 104 semaines auquel s'ajoute, le cas échéant, l'épuisement de la réserve des congés de maladie.

Garanties d'assurance vie

(vie de base - vie des personnes à charge - vie additionnelle)

Si, avant d'avoir atteint la date effective de la retraite, une personne adhérente est atteinte d'invalidité pendant que son assurance est en vigueur, ses protections, à l'exception de l'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation, sont maintenues en vigueur sans paiement des primes tant que dure cette invalidité.

Pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable au moment où la personne adhérente invalide devient admissible à des prestations d'assurance invalidité de longue durée ou après un délai de carence de 104 semaines auquel s'ajoute, le cas échéant, la réserve de congés de maladie.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.



Renseignements généraux

Une preuve d'invalidité doit être fournie, à la demande de l'Assureur, mais celui-ci s'engage à ne pas exiger une telle preuve plus d'une fois par année.

Pour les personnes adhérentes devenues invalides le ou après le 1^{er} juillet 1989, l'exonération se termine à 65 ans.

Garantie d'assurance invalidité de longue durée

Pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Les primes sont exonérées à compter du premier versement de la prestation d'invalidité de longue durée.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

7.2 Pour une personne invalide du secteur privé

Garanties d'assurance maladie et soins dentaires, s'il y a lieu

L'assurance d'une personne adhérente (et de ses personnes à charge, le cas échéant) qui devient invalide avant la date effective de la retraite est maintenue en vigueur sans paiement des primes tant que dure l'invalidité, pourvu que le contrat demeure en vigueur et qu'une telle personne adhérente invalide n'ait pas atteint l'âge de 65 ans.

L'exonération des primes ne s'applique cependant qu'à partir du moment où une personne adhérente invalide devient admissible à des prestations d'assurance invalidité de longue durée, soit après un délai de carence de 104 semaines auquel s'ajoute, le cas échéant, l'épuisement de la réserve des congés de maladie.

Garanties d'assurance vie

(vie de base - vie des personnes à charge - vie additionnelle)

Si, avant d'avoir atteint la date effective de la retraite, une personne adhérente est atteinte d'invalidité pendant que son assurance est en vigueur, ses protections, à l'exception de l'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation, sont maintenues en vigueur sans paiement des primes tant que dure cette invalidité.

Pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable au moment où une personne adhérente invalide devient admissible à des prestations en vertu de la garantie d'assurance invalidité de courte durée

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.



Renseignements généraux

Une preuve d'invalidité doit être fournie, à la demande de l'Assureur, mais celui-ci s'engage à ne pas exiger une telle preuve plus d'une fois par année.

Pour les personnes adhérentes devenues invalides le ou après le 1^{er} juillet 1989, l'exonération se termine à 65 ans.

Garantie d'assurance invalidité de courte durée

Les primes sont exonérées à compter du premier versement de la prestation d'invalidité de courte durée.

Garantie d'assurance invalidité de longue durée


Pour une invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Les primes sont exonérées à compter du premier versement de la prestation d'invalidité de courte durée.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

8. Transformation



L'assurance vie de base et l'assurance vie additionnelle s'il y a lieu, d'une personne adhérente qui quitte son emploi pour une raison autre que la mise à la retraite sont transformables en assurance permanente ou temporaire selon les plans offerts par l'Assureur, à la condition qu'elle en fasse la demande dans les 31 jours de la cessation d'emploi.

Le montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne conjointe est transformable au décès de la personne adhérente ou à la cessation d'emploi de celle-ci si cet événement survient avant l'âge de la retraite de la personne adhérente.

9. Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne adhérente décédée

À la suite du décès de la personne adhérente, les garanties d'assurance maladie de base, complémentaire et soins dentaires, s'il y a lieu, sont maintenues sans paiement de prime pour une période de 90 jours. Après 90 jours, un droit de transformation pour une police individuelle d'assurance maladie complémentaire au régime médicaments de la Régie d'assurance maladie du Québec incluant le remboursement de médicaments prescrits non couverts par la RAMQ est possible pour les personnes à charge survivantes (conjoint ou leurs enfants).



Renseignements généraux

De plus, elles peuvent demeurer assurées pour l'ensemble des garanties d'assurance vie qui étaient détenues par la personne adhérente pour ses personnes à charge, si elles avisent l'Assureur de leur intention dans les 90 jours suivant la date du décès.

Les taux de prime qui s'appliquent sont ceux décrits à la page intitulée « Prime unitaire totale » pour les garanties concernées. **À noter que la part de l'employeur est alors assumée par la personne assurée.** L'Assureur fait parvenir annuellement la facture à acquitter.

10. Maintien lors de congés

Sous réserve des dispositions de la convention collective, une personne adhérente qui bénéficie d'un congé demeure assurée, avec paiement de primes pour la garantie d'assurance maladie. Pour ce qui est des autres garanties, une personne adhérente qui bénéficie d'un congé peut maintenir en vigueur au début du congé une ou plusieurs garanties, en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur. Le montant d'assurance vie, d'assurance en cas de mort accidentelle ou mutilation, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base de la personne adhérente au moment de son départ. Aucune rente en cas d'invalidité totale ne sera versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans solde.

Si la personne adhérente n'a pas maintenu toutes ses garanties en vigueur, celle-ci n'aura droit de reprendre les garanties qu'elle détenait au début de son congé que lors de son retour au travail actif. La remise en vigueur des garanties s'effectuera sans preuves d'assurabilité si la personne adhérente fait sa demande dans les 30 jours de son retour au travail actif.

Lors d'un programme volontaire de réduction de travail, la personne adhérente peut maintenir ses protections d'assurance vie et d'assurance invalidité en vigueur. Le montant d'assurance vie, d'assurance en cas de mort accidentelle ou mutilation, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente avait immédiatement avant de participer à un tel programme.

Une personne adhérente qui bénéficie d'un congé sans solde, d'un congé de maternité, d'un congé de paternité ou d'un congé pour adoption doit demeurer assurée pour la garantie d'assurance soins dentaires en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur, s'il y a lieu.

11. Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive

L'assurance d'une personne adhérente qui participe à un programme de congé à traitement différé ou anticipé, ou à un programme de retraite progressive, demeure en vigueur; le montant d'assurance vie, d'assurance en cas de mort accidentelle ou mutilation, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente aurait reçu si elle n'avait pas participé à un tel programme. Toute invalidité survenue pendant un tel congé est présumée débiter à la même date que celle visée par l'application de la convention collective pour déterminer la période d'assurance traitement.

12. Mise en disponibilité

Une personne adhérente en disponibilité conformément à sa convention collective ou à des dispositions en tenant lieu par la loi, conserve son droit à l'assurance; le montant de protection auquel elle a droit est fonction du salaire qu'elle recevrait si elle n'avait pas été mise en disponibilité; cependant, la personne adhérente peut en avisant par écrit son employeur dans les 30 jours de sa mise en disponibilité, réduire son montant de protection selon son salaire réduit suite à sa mise en disponibilité. Aucune autre demande n'est acceptée.

13. Maintien lors de congé, mise à pied, grève, lock-out ou congédiement

Lorsqu'une personne adhérente cesse temporairement d'être au travail par suite d'un congé, mise à pied, grève ou lock-out, l'assurance demeure en vigueur pourvu que les primes régulières continuent d'être versées; le congédiement d'une personne adhérente contesté par grief ou judiciairement est considéré aux fins de l'assurance comme une mise à pied temporaire se terminant à la date du jugement final de l'affaire en cause.

14. Fin de l'assurance

Assurance vie

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », « prolongation » et « droit de transformation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.



Renseignements généraux

Un(e) employé(e) non permanent(e) au sens de la convention collective est présumé en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder 2 mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'il(elle) n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.

- La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.
- La date effective de sa retraite ou de sa retraite graduelle pour la garantie d'assurance vie de base.
- La date de son 70^e anniversaire de naissance ou sa date de mise à la retraite, si antérieure, pour la garantie d'assurance vie additionnelle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité; pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de protection similaire aux protections qu'il(elle) détenait.

Assurance en cas de mort accidentelle ou mutilation se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison de l'assurance vie de base.
- La date précédant son 65^e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite, si antérieure.

Si le contrat se termine aucune prolongation ne s'applique à cette garantie.

Assurance maladie

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et « prolongation », l'assurance d'une personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat.
- Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue de la personne adhérente.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.
Pour un(e) employé(e) non permanent(e), l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder 2 mois de la date de fin de son contrat.
- La date effective de sa retraite ou de sa retraite graduelle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité; pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de protection d'assurance similaire à celle prévue au présent contrat.

Assurance soins dentaires, s'il y a lieu

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », l'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la présente garantie.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.
Pour un(e) employé(e) non permanent(e), l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder 2 mois de la date de fin de son contrat.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.
- La date à laquelle la personne adhérente est transférée ou mutée dans un collège qui n'a pas retenu la garantie d'assurance soins dentaires.

Assurance invalidité de courte durée (Collèges privés seulement)

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et à la « prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.
Pour un(e) employé(e) non permanent(e) au sens de la convention collective est présumé en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder 2 mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'il(elle) n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.
- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité; pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de protection d'assurance similaire à celle prévue au présent contrat.

Assurance invalidité de longue durée

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et à la « prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.



Renseignements généraux

- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.
Pour un(e) employé(e) non permanent(e) au sens de la convention collective est présumé en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder 2 mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'il(elle) n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.
- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit de la personne adhérente ou à la date de terminaison inscrite dans un tel avis, selon la plus éloignée, pour la personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance, en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, dans les 2 années précédant son admissibilité à la retraite sans réduction actuarielle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité; pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de protection d'assurance similaire à celle prévue au présent contrat.

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », à la « prolongation » et au « droit de transformation », l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

Assurance vie

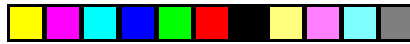
- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date du 70^e anniversaire de naissance de la personne adhérente ou celle du conjoint pour la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint.
- La date à laquelle il(elle) cesse de répondre à la définition de « conjoint ».

Assurance maladie

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle il(elle) cesse d'être considéré(e) comme personne à charge suivant la définition de « personne à charge ».
- La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale, monoparentale ou couple en une protection individuelle.

Assurance soins dentaires

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle il(elle) cesse d'être considéré(e) comme personne à charge suivant la définition de « personne à charge ».
- La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale, monoparentale ou couple en une protection individuelle.



DEMANDE DE PRESTATIONS

Assurance maladie

Médicaments : Service de paiement automatisé différé

Pour l'achat de médicaments, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'utilisateur. La demande de prestations est transmise automatiquement à l'Assureur, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale émettra un remboursement à la personne adhérente à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Autres frais

La personne adhérente doit faire parvenir au siège social de l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés. Veuillez conserver vos copies de reçus car les originaux ne vous seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la demande de prestations directement à l'Assureur. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'assurance sociale de la personne adhérente. Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus. Nous vous suggérons de réclamer à tous les 3 mois.

Frais hospitaliers ou médicaux suite à une lésion professionnelle

Dans le cas d'une lésion professionnelle, il est à noter que tous les frais médicaux ou d'hospitalisation en découlant sont remboursables par la CSST. Ces frais doivent être présentés à la CSST et non à La Capitale assurances de personnes.


Assurance soins dentaires (s'il y a lieu)

Le formulaire de demande de prestations comprend 2 parties : la première doit être remplie par le dentiste et l'autre par la personne adhérente. Lorsque les 2 parties sont remplies, la personne adhérente doit retourner le formulaire à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus.

Dépôt direct des prestations maladie et soins dentaires (s'il y a lieu)

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il vous suffit de remplir le formulaire d'adhésion disponible chez votre employeur et de nous le retourner dûment rempli. Sur acceptation de votre demande de prestations, celles-ci seront déposées dans votre compte. Un relevé vous sera émis, vous confirmant le montant déposé et la date du traitement de votre réclamation.





Demande de prestations

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis. En cas de mutilation, la personne adhérente doit également communiquer avec l'Assureur pour obtenir les formulaires de demande de prestations requis.

Assurance invalidité

Les prestations mensuelles sont payables à la personne adhérente après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par la personne adhérente, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

PRIME UNITAIRE TOTALE
par période de 14 jours du 01.01.2008 au 31.12.2008

Assurance maladie Secteur public et privé*

. Plan individuel	33,46 \$
. Plan monoparental	56,86 \$
. Plan familial	90,43 \$
. Plan couple	66,91 \$

** Dans les collèges privés, la part de l'employeur doit être déduite de la prime totale indiquée.*

Assurance soins dentaires

. Plan individuel	8,87 \$
. Plan monoparental	16,63 \$
. Plan familial	25,50 \$
. Plan couple	17,74 \$

Assurance vie

(Taux par 1 000 \$ d'assurance) 0,1236 \$

Assurance vie des personnes à charge

(Prime par contrat familial, monoparental ou couple) 0,80 \$

Mort accidentelle et mutilation

(Taux par 1 000 \$ d'assurance) 0,0138 \$

Assurance invalidité de courte durée

Collèges privés seulement

(Taux par 1 000 \$ de salaire) 0,458 \$

Assurance invalidité de longue durée

(Taux par 1 000 \$ de salaire) 0,387 \$

Assurance vie additionnelle

Taux par 1 000 \$ d'assurance par période de 14 jours

Âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 25 ans	0,023 \$	0,033 \$	0,013 \$	0,017 \$
25 à 29 ans	0,023	0,033	0,013	0,017
30 à 34 ans	0,023	0,036	0,013	0,017
35 à 39 ans	0,031	0,039	0,017	0,020
40 à 44 ans	0,045	0,067	0,023	0,034
45 à 49 ans	0,074	0,109	0,034	0,051
50 à 54 ans	0,115	0,171	0,065	0,077
55 à 59 ans	0,182	0,282	0,098	0,154
60 à 64 ans	0,307	0,444	0,151	0,227
65 à 69 ans	0,424	0,692	0,237	0,356

La taxe de 9 % doit être ajoutée aux taux indiqués dans ce document.

TABLEAU DESCRIPTIF DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Médicaments homéopathiques	80 % Maximum 400 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Sérums et liquides injectés pour fins curatives (incluant injections en vue d'une insémination artificielle)	80 %	Oui
Membre artificiel, appareil prothétique, orthèse plantaire et appareil orthopédique	80 %	Oui
Ambulance	80 %	Non
Chiropraticien	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement, de 400 \$ / année civile / personne assurée et de 30 \$ / radiographie / année civile / personne assurée	Non
Clinique privée (traitement de l'alcoolisme, toxomanie ou jeu compulsif)	80 % Maximum une cure / année civile, maximum de remboursement de 3 500 \$ / année civile et maximum viager de 2 cures / personne assurée	Non
Bas de soutien	80 % Maximum 6 paires / année civile / personne assurée	Non
Ostéopathe ou podiatre	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Chirurgien dentiste à la suite d'un accident	80 %	Non
Acupuncteur	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée	Non
Glucomètre, dextromètre ou autre appareil similaire	80 % Maximum de remboursement 200 \$ / période de 5 années consécutives / personne assurée	Oui
Pompe à insuline	80 % Maximum de remboursement 1 750 \$ / période de 5 années consécutives / personne assurée	Oui
Psychiatre, psychanalyste en clinique externe, psychologue, conseiller en orientation en pratique privée et travailleur social	50 % des 1 ^{ers} 1 400 \$ de frais admissibles et 100 % des 1 400 \$ de frais admissibles suivants, remboursement maximal de 2 100 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non

Tableau descriptif des remboursements en assurance maladie

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Diététiste	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée	Non
Homéopathe	Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée	Non
Naturopathe	Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et 2 consultations / année civile / personne assurée	Non
Vaccins (vaccins préventifs inclus)	80 %	Non
Centre de réadaptation	80 %	Non
Infirmier autorisé ou infirmier auxiliaire autorisé	80 %	Oui
Souliers orthopédiques	80 % Remboursables après déduction d'une franchise de 20 \$ / paire	Oui
Chaussures correctrices	80 % Maximum 2 paires / année civile / personne assurée	Oui
Fauteuil roulant, poumon d'acier ou équipement thérapeutique	80 %	Oui
Oxygénothérapie	80 %	Oui
Orthophoniste, ergothérapeute et orthopédagogue	80 % Maximum de remboursement 30 \$ / traitement et maximum 400 \$ / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	Oui
Prothèses auditives	80 % Maximum de remboursement 500 \$ / période de 3 années consécutives / personne assurée	Oui
Appareils temporo-mandibulaires	80 % Maximum de remboursement 100 \$ / période de 24 mois / personne assurée	Oui
Frais de déplacement à l'extérieur de la région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région	80 % Maximum 500 \$	Oui
Prothèse mammaire	80 % Maximum admissible 500 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Prothèse capillaire	80 % Maximum admissible 400 \$ / année civile / personne assurée	Oui



***POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES
ET GESTION DU PATRIMOINE INC.***

Québec

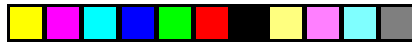
Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Québec (Québec) G1V 2M2
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

**Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change
en rien les conditions et dispositions du contrat.**



AIDE-MÉMOIRE / NOTES

Numéro de groupe : 1008-1010
Numéro d'employeur : _____
Numéro d'identification : _____
Personne contactée : _____
Numéro de téléphone : _____
Numéro de télécopieur : _____
Adresse courriel : _____

