



360°_{MC} | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE
CONGÉS DE MATERNITÉ DU PERSONNEL DES
CENTRES DE LA PETITE ENFANCE (CPE) ET DES
GARDERIES SUBVENTIONNÉES DU QUÉBEC**

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

Police n° N001



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONGÉS DE MATERNITÉ DU PERSONNEL DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE (CPE) ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES DU QUÉBEC

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

Police n° N001

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

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} avril 2014. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

À noter :

La forme masculine, utilisée de façon générale dans le texte de la brochure pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes.

Toutefois, à titre d'exception, les termes « adhérente » et « employée » sont employés au féminin partout dans le texte. Ils désignent alors tant les hommes que les femmes.

TABLE DES MATIÈRES

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE.....	1
SOMMAIRE DES GARANTIES	2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	10
DÉFINITIONS	10
ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE.....	18
PARTICIPATION	21
DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION	23
PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION	25
CHANGEMENT DE TYPE DE PROTECTION	28
CHANGEMENT DE MODULE	30
ABSENCE DE L'ADHÉRENTE DU TRAVAIL	31
TERMINAISON DE L'ASSURANCE	37
DROIT DE TRANSFORMATION	39
FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS.....	39
EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ	40
BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE.....	41
COORDINATION DES PRESTATIONS	41
EXCLUSION GÉNÉRALE	41
DEMANDE DE PRESTATIONS.....	41

DESCRIPTION DES GARANTIES	45
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE.....	45
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE	45
ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENTE.....	46
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	48
ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES À CHARGE	48
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE.....	49
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	52
SOINS MÉDICAUX – MODULES A, B ET C	57
MÉDICAMENTS – MODULES A, B ET C.....	58
AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULES B ET C.....	63
ASSURANCE VOYAGE – MODULES B ET C.....	69
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE – MODULES B ET C.....	76
FRAIS HOSPITALIERS – MODULE C SEULEMENT	85
SOINS DENTAIRES – MODULES B ET C SEULEMENT.....	85
RÉGIME DE CONGÉS DE MATERNITÉ	99
DÉFINITIONS.....	99
ADMISSIBILITÉ.....	101
PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION	102

PROTECTION	103
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	103
COORDINATION DES PRESTATIONS	103
AUCUN DROIT ACQUIS	103
TERMINAISON DE LA PROTECTION.....	104
FIN DES PRESTATIONS	104
DEMANDE DE PRESTATIONS.....	104

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Le régime d'assurance collective se compose de trois modules, tels que décrits dans le tableau ci-après.

Garanties	Module A	Module B	Module C
Assurance vie de base de l'adhérente	√	√	√
¹ Assurance vie additionnelle de l'adhérente	√	√	√
Assurance mutilation accidentelle de l'adhérente	√	√	√
¹ Assurance vie des personnes à charge	√	√	√
¹ Assurance mutilation accidentelle des personnes à charge	√	√	√
Assurance salaire de courte durée	√	√	√
Assurance salaire de longue durée	√	√	√
Assurance soins médicaux	A	B	C
Assurance soins dentaires	s. o.	B	C
Régime de congés de maternité	√	√	√

¹ Garanties facultatives

SOMMAIRE DES GARANTIES

Toutes les garanties peuvent être assujetties à des exclusions ou limitations, lesquelles sont décrites dans cette brochure.

La description complète de chaque garantie se trouve dans les pages suivantes.

Garanties	Modules A, B et C
Assurance vie de base et assurance mutilation accidentelle de l'adhérente	Montant d'assurance : 100 % du salaire, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ Terminaison : 65 ans ou la retraite, selon la première éventualité
Assurance vie additionnelle de l'adhérente (garantie facultative)	Montant d'assurance : Unité de 5 000 \$, minimum 5 unités (25 000 \$) et maximum 40 unités (200 000 \$) Terminaison : 65 ans ou la retraite, selon la première éventualité Des preuves d'assurabilité sont obligatoires pour tout montant d'assurance.
Assurance vie et assurance mutilation accidentelle des personnes à charge (garantie facultative)	Montant d'assurance : Conjoint : 5 000 \$ Chaque enfant : 5 000 \$ Terminaison : 65 ans ou la retraite, selon la première éventualité

Garanties	Modules A, B et C
Assurance salaire de courte durée	Prestations : 75 % du salaire Statut fiscal : Prestations imposables Délai de carence : 7 jours (calendrier) Durée des prestations : 17 semaines (15 semaines si l'adhérente a 65 ans et plus) Terminaison : À la retraite
Assurance salaire de longue durée	Prestations : 66 2/3 % des premiers 24 000 \$ de salaire annuel, plus 55 % des 24 000 \$ suivants et 45 % de l'excédent Statut fiscal : Prestations non imposables Délai de carence : 18 semaines Indexation : Non Maximum de toutes sources : 90 % du salaire net Terminaison : 65 ans ou la retraite, selon la première éventualité

Année d'assurance : du 1 ^{er} avril au 31 mars	ASSURANCE SOINS MÉDICAUX		
	Module A	Module B	Module C
Médicaments*			
Franchise par année d'assurance	200 \$ par adulte	100 \$ par adulte	0 \$
Coassurance	68 %	75 %	80 %
	100 % après avoir atteint la contribution maximale par année civile fixée par la RAMQ pour les trois modules		
Définition de médicaments	Nécessitant une ordonnance + substitution générique obligatoire**		
Injections sclérosantes*	Frais admissibles de 20 \$ par visite		
Stérilets	50 \$ admissibles par stérilet, maximum 2 stérilets par année d'assurance		

	Module A	Module B	Module C
Frais hospitaliers	Non	Non	100 % Chambre semi-privée
Assurance voyage	Non	100 % Max. viager de 5 000 000 \$ par personne assurée	100 % Max. viager de 5 000 000 \$ par personne assurée
Assurance annulation de voyage	Non	100 % Max. 5 000 \$ par événement	100 % Max. 5 000 \$ par événement
Autres frais			
Radiographies*, analyses de laboratoire* et électrocardiogrammes*	Non	75 %	75 %
Résonance magnétique* et scanners*	Non	50 % Max. 1 par année d'assurance	50 % Max. 1 par année d'assurance
Échographie*	Non	75 % Max. 400 \$ par année d'assurance	75 % Max. 400 \$ par année d'assurance

	Module A	Module B	Module C
Infirmière diplômée*	Non	75 % Max. 5 000 \$ par année d'assurance	75 % Max. 5 000 \$ par année d'assurance
Fauteuil roulant*, lit d'hôpital*, appareils d'assistance respiratoire*	Non	75 %	75 %
Membres artificiels* et autres prothèses externes*	Non	75 % Max. 6 000 \$ par membre ou prothèse	75 % Max. 6 000 \$ par membre ou prothèse
Bandages herniaires*, corsets*, béquilles*, attelles*, plâtres* et autres appareils orthopédiques*	Non	75 %	75 %
Orthophoniste* et audiologiste*	Non	75 %	75 %
Psychologue* et travailleur social*	Non	75 % Max. combiné de 400 \$ par année d'assurance	75 % Max. combiné de 400 \$ par année d'assurance

	Module A	Module B	Module C
Glucomètre*	Non	75 % Max. 270 \$ par période de 60 mois	75 % Max. 270 \$ par période de 60 mois
Bas de contention*	Non	75 % Max. 3 paires par année d'assurance	75 % Max. 3 paires par année d'assurance
Prothèse capillaire*	Non	75 % Max. viager de 400 \$	75 % Max. viager de 400 \$
Pompe à insuline*	Non	75 % Max. 6 000 \$ par période de 60 mois	75 % Max. 6 000 \$ par période de 60 mois
Accessoires (tubulures, cathéters)*	Non	75 % Max. 1 800 \$ par année d'assurance	75 % Max. 1 800 \$ par année d'assurance
Équipements thérapeutiques*	Non	75 % Max. viager de 10 000 \$	75 % Max. viager de 10 000 \$
Ambulance	Non	75 %	75 %

	Module A	Module B	Module C
Chirurgien-dentiste (lésions accidentelles)	Non	75 %	75 %
Chiropraticien, ostéopathe et physiothérapeute	Non	75 % Max. combiné de 500 \$ par année d'assurance	75 % Max. combiné de 500 \$ par année d'assurance
Acupuncteur, massothérapeute*, naturopathe et podiatre	Non	Non	75 % Max. combiné de 500 \$ par année d'assurance
<p>* Remboursés avec prescription médicale seulement</p> <p>** Politique du prix le plus bas et confirmation par le médecin requise pour dérogation</p> <p>Les maximums sont des montants remboursables à moins d'indication contraire.</p> <p>Terminaison : À la retraite</p>			

Année d'assurance : du 1 ^{er} avril au 31 mars	ASSURANCE SOINS DENTAIRE		
	Module A	Module B	Module C
Franchise annuelle	Non	0 \$	0 \$
Maximum	Non	1 500 \$ par année d'assurance	1 500 \$ par année d'assurance
Fréquence de rappel	Non	9 mois	9 mois
Soins préventifs, soins de base, endodontie et parodontie	Non	60 %	85 %
Soins majeurs	Non	Non	60 %
Terminaison : À la retraite			

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident

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

Adhérente

Toute employée admise à l'assurance et qui verse les primes requises selon les modalités établies.

Année d'assurance

L'année d'assurance commence le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

Assuré

L'adhérente ou l'une de ses personnes à charge, le cas échéant, admise à l'assurance.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Délai de carence

Le délai qui représente les premiers jours ouvrables d'une période d'invalidité totale pendant lesquels aucunes prestations d'assurance salaire ne sont payables à l'adhérente.

Effectivement au travail

Le fait pour une employée d'être présente à son lieu de travail et d'exercer toutes les fonctions inhérentes à son poste, selon son horaire habituel et normal de travail.

Employée

- 1) Toute personne salariée au service d'un employeur et dont la semaine régulière de travail auprès de cet employeur est d'au moins 20 heures par semaine dans le même statut d'emploi, soit comme titulaire d'un poste permanent, soit comme non titulaire d'un poste permanent; ou
- 2) Toute propriétaire salariée ou actionnaire salariée dont la semaine régulière de travail est d'au moins 20 heures par semaine.

Aux fins du présent régime d'assurance, la personne responsable d'un service de garde en milieu familial reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, la personne qui l'assiste ou toute autre personne qu'elle emploie ne sont pas reconnues comme employée.

Employeur

Participant au régime d'assurance, tout titulaire d'un permis de centre de la petite enfance délivré en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance ou d'un permis de garderie ainsi délivré qui reçoit une subvention en vertu de l'article 90 de cette loi, ainsi que la personne morale agréée à titre de bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

Hôpital

Tout hôpital général public ou privé ainsi que tout hôpital public ou privé pour convalescents ou malades chroniques, à condition que tel hôpital soit autorisé par la loi à fournir des soins et services hospitaliers et qu'il soit reconnu et assuré par la Loi d'assurance-hospitalisation du Québec (à l'extérieur du Québec, tout hôpital possédant un standard similaire).

Invalidité résultant d'un accident

Toute invalidité découlant entièrement et exclusivement de lésions corporelles causées par des voies externes, violentes et accidentelles et commençant dans les 90 jours de la date à laquelle ces lésions ont été subies pourvu qu'à telle date, l'adhérente ait été assurée en vertu de l'assurance salaire de courte durée ou de l'assurance salaire de longue durée, selon le cas. Toute autre invalidité est considérée comme résultant d'une maladie.

Invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE : une incapacité continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

- 1) pendant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée et les 24 mois suivants d'une même période d'invalidité, une incapacité continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier,
- 2) par la suite, une incapacité totale et continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente d'exercer toute occupation rémunératrice ou de faire tout travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, occupation ou travail auquel elle est raisonnablement préparée par son éducation, son entraînement ou son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi.

Toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CSSST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.

Jour ou journée ouvrable

Journée de travail selon l'horaire habituel de l'adhérente.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

Médicament équivalent

Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Même période d'invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des indemnités en vertu de l'assurance salaire de courte durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par un retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins 31 jours consécutifs ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins un jour entier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des indemnités en vertu de l'assurance salaire de longue durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par un retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins 6 mois consécutifs ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins un jour entier.

Cependant, à la terminaison de l'assurance salaire de courte durée ou de l'assurance salaire de longue durée, les modalités prévues dans la Loi sur les assurances pour la récidive ou la rechute de l'invalidité s'appliquent en lieu et place de la présente définition.

Ministère

Ministère de la Famille.

Personnes à charge

Le conjoint et les enfants à charge de l'adhérente, définis de la façon suivante :

Conjoint – Une personne liée à l'adhérente par un mariage légalement reconnu ou, si l'adhérente la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'elle présente publiquement comme son conjoint, avec qui elle fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui elle fait régulièrement vie commune depuis au moins 1 an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la protection de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

Toutefois, en présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel à l'assureur par un avis écrit de l'adhérente, sous réserve de l'acceptation de toutes preuves d'assurabilité exigibles en vertu du contrat;
- 2) le conjoint à qui l'adhérente est unie par les liens du mariage.

Enfant à charge – toute personne célibataire pour qui l’adhérente ou le conjoint de l’adhérente assume le soutien et qui :

- 1) est âgée de moins de 21 ans et à l’égard de laquelle l’adhérente ou le conjoint de l’adhérente exerce une autorité parentale ou l’exercerait si l’enfant était mineur;
- 2) est âgée de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudie à temps plein dans une institution d’enseignement reconnue, moyennant présentation d’une preuve à la satisfaction de l’assureur et à l’égard de laquelle l’adhérente ou le conjoint de l’adhérente exercerait l’autorité parentale si elle était mineure;
- 3) quel que soit son âge, est atteinte d’une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique alors qu’elle répondait aux dispositions précédentes d’enfant à charge, rendant cet enfant incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice, moyennant présentation de preuves médicales adéquates;
- 4) est majeure, sans conjoint et atteinte d’une déficience fonctionnelle visée par le règlement d’application de la Loi sur l’assurance médicaments du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque la situation de la personne correspondait à ce qui est prévu en 1) ou en 2) de la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d’une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d’être assurée à titre d’adhérente ou de conjoint d’une adhérente, exercerait l’autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Preneur

Le ministère de la Famille, ci-après appelé « le Ministère ».

Régime d'assurance

Régime d'assurance collective du personnel des centres de la petite enfance et des garderies subventionnées du Québec souscrit par le Ministère.

Retour au travail

Le fait pour une employée d'être effectivement au travail après une période d'absence.

Salaire

La rémunération annualisée de base de l'employée pour les fonctions qu'elle occupe régulièrement calculée selon le taux de base horaire multiplié par le nombre d'heures par semaine qui lui sont payées à ce taux de base jusqu'à concurrence du nombre maximum d'heures régulières prévues, le tout multiplié par 52.

Le salaire ne peut être supérieur au salaire effectivement gagné durant les 13 dernières semaines consécutives de travail précédant la détermination du salaire et converti sur une base annuelle. Pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui est en congé sans solde ou pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui a pris un congé sans solde au cours des 13 dernières semaines précédant la détermination du salaire, le salaire maximal est égal au salaire effectivement gagné durant les 13 dernières semaines de travail incluant les semaines de congé sans solde et converti sur une base annuelle.

Aux fins du régime d'assurance, le salaire en provenance de tous les employeurs est limité, au total, au salaire annuel maximum.

Salaire annuel maximum

Le salaire annuel maximum est égal à 87 900 \$ à compter du 1^{er} avril 2014. À chaque 1^{er} avril subséquent, le salaire annuel maximum est ajusté en fonction de l'augmentation de la rémunération hebdomadaire moyenne au Canada, telle que publiée par Statistiques Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin de l'année précédente.

Salaire net

Salaire brut moins les impôts fédéral et provincial et les cotisations salariales pour la RRQ, l'assurance emploi et le RQAP.

Service continu

Période pendant laquelle une employée exerce un travail d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un employeur, sans aucune interruption sauf celles prévues au paragraphe « ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE ». Selon le statut d'emploi, cette période est de :

- 1) 3 mois consécutifs pour une employée titulaire d'un poste permanent;
- 2) 12 mois consécutifs pour une employée non titulaire d'un poste permanent,

peu importe la période de probation.

Stable

Se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Urgence médicale

Toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

1) EMPLOYÉE TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée titulaire d'un poste permanent auprès d'un même employeur est admissible à l'assurance à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective;
- b) la date d'adhésion de son employeur au présent régime;
- c) après 3 mois consécutifs de service continu pour lesquels l'employée est rémunérée pour ses services, à l'exclusion de toute employée dont le travail est de nature temporaire;
- d) la date inscrite par l'employeur sur la demande d'adhésion de l'employée;

et à condition d'être effectivement au travail à cette date.

2) EMPLOYÉE NON TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée non titulaire d'un poste permanent dont la semaine régulière de travail pour un remplacement à long terme d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un même employeur est admissible à l'assurance à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective;
- b) la date d'adhésion de son employeur au présent régime;

- c) après 12 mois de service continu auprès d'un même employeur en effectuant un ou des remplacements à long terme consécutifs sans aucune interruption de service continu entre ces remplacements et à condition d'être effectivement au travail à cette date. Un remplacement à long terme est considéré comme tel lorsqu'il s'agit du remplacement d'un poste pour une période minimale de 4 mois et un horaire d'au moins 20 heures par semaine. Par la suite, l'employée demeure admissible à l'assurance tant et aussi longtemps que les périodes d'interruption de service continu entre les remplacements n'excèdent pas, au total, 4 semaines par année. Toutefois, elle continue d'être admissible à l'assurance soins médicaux du module détenu tant que le lien d'emploi est maintenu.
- 3) L'employée, titulaire ou non d'un poste permanent, qui n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle elle deviendrait autrement admissible à l'assurance, le devient le jour de son retour au travail.
- 4) L'employée titulaire d'un poste permanent dont la période requise de service continu aux fins de l'admissibilité a été interrompue en raison d'un congé de maternité ou d'un congé sans solde est admissible à l'assurance après 3 mois de service continu en comptant le service continu avant et après ledit congé.
- 5) La date d'admissibilité de l'employée prévue aux dispositions contenues aux paragraphes 1) c) et d), 2) et 4) est établie en fonction du nombre de mois consécutifs de service continu auprès d'un même employeur reconnu, durée ne pouvant débuter avant la période de validité inscrite au permis émis en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance.

- 6) Sous réserve des dispositions contenues aux paragraphes 1) et 2), l'employée qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui reçoit des prestations de la CSST dans le cadre d'un retrait préventif ou d'un accident de travail, est admissible à l'assurance dès son retour au travail avec rémunération, si elle a complété 3 mois de service continu pour une employée titulaire d'un poste permanent, ou 12 mois de service continu pour une employée non titulaire d'un poste permanent, incluant la période où elle reçoit des prestations de la CSST.
- 7) Sous réserve des dispositions contenues aux paragraphes 1) et 2), l'employée en retrait préventif ou en invalidité au moment de l'adhésion de son employeur au présent régime est cependant admissible à condition qu'elle soit déjà protégée par un régime d'assurance collective à cette même date.
- 8) Sous réserve des dispositions contenues aux paragraphes 1) et 2), l'employée qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui est convoquée par la Cour comme jurée, est admissible à l'assurance après 3 mois de service continu pour une employée titulaire d'un poste permanent ou 12 mois de service continu pour une employée non titulaire d'un poste permanent, en comptant le service continu avant et après la période durant laquelle elle a été jurée.
- 9) Les personnes à charge d'une employée sont admissibles à l'assurance à la même date que l'employée elle-même ou à la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge de l'employée.
- 10) Toute absence autre que celles prévues précédemment (comme les vacances, les journées de maladie ou les congés sans solde) alors que l'employée n'a pas complété sa période d'admissibilité a pour effet de faire recommencer sa période d'admissibilité.

PARTICIPATION

La participation de l'employée au régime d'assurance collective est obligatoire à sa date d'admissibilité pour toutes les garanties du module choisi, à l'exception de l'assurance vie additionnelle de l'adhérente, et sous réserve du droit d'exemption en vertu de l'assurance soins médicaux et soins dentaires.

Propriétaire ou actionnaire

La participation de la propriétaire salariée ou de l'actionnaire salariée est obligatoire pour l'assurance soins médicaux du module choisi à moins qu'elle ne soit déjà protégée par une police d'assurance collective comportant des protections similaires.

La participation de la propriétaire salariée ou de l'actionnaire salariée aux autres garanties est facultative. Toutefois, si elle désire adhérer aux garanties facultatives, elle doit adhérer à toutes les garanties faisant partie du module choisi, sous réserve du droit d'exemption. La propriétaire salariée ou l'actionnaire salariée qui désire mettre fin à sa protection peut le faire seulement au 1^{er} avril de chaque année en informant l'assureur par écrit dans les 31 jours précédant le 1^{er} avril. Elle peut adhérer de nouveau à l'assurance au 1^{er} avril de chaque année en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

De plus, lorsque le salaire assurable de la propriétaire augmente de plus de 10 % au cours d'une même année, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur doivent être fournies pour reconnaître le salaire en sus de l'augmentation permise de 10 %.

Personnes à charge

La participation à l'assurance soins médicaux du module choisi par l'adhérente est obligatoire pour ses personnes à charge sous réserve du droit d'exemption.

L'assurance vie et l'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge est facultative pour l'adhérente qui détient un statut de protection monoparentale ou familiale à l'assurance soins médicaux du module choisi ou qui en est exemptée de participer parce qu'elle est protégée par une police d'assurance collective comportant des protections similaires.

Choix de protection

Les choix offerts à l'employée afin de couvrir ses personnes à charge sont les suivants :

- 1) Employée et enfant(s) à charge – Protection monoparentale
- 2) Employée, conjoint et enfant(s) à charge – Protection familiale

Soins médicaux	F	M	I	E
Soins dentaires	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E
Vie des personnes à charge et mutilation accidentelle	F ou refus	M ou refus	Non admissible	F/M ou refus

- F = Protection familiale
M = Protection monoparentale
I = Protection individuelle
E = Exemption

La participation des personnes à charge à l'assurance soins médicaux et soins dentaires peut être différente. L'adhérente peut choisir une protection familiale, monoparentale, individuelle ou exemptée pour les soins dentaires même si ce choix est différent de celui pour les soins médicaux.

L'employée qui choisit de s'exempter de participer à l'assurance soins médicaux ou soins dentaires, si cette dernière est prévue au module applicable, doit établir la preuve qu'elle-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une protection similaire.

La participation des personnes à charge à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge et à l'assurance mutilation accidentelle du conjoint et des enfants à charge est indissociable.

Choix de modules

Dans les 31 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance, l'adhérente doit choisir entre les modules A, B ou C. Les détails de chaque module sont fournis dans les pages suivantes.

L'adhérente qui n'a pas fait son choix pendant ce délai sera automatiquement protégée en vertu du module A, selon le type de protection demandée.

DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

Droit d'exemption

L'employée peut être exemptée de participer à l'assurance soins médicaux et à l'assurance soins dentaires, si cette dernière est prévue au module applicable, à la condition qu'elle établisse la preuve qu'elle-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

L'employée exemptée de l'assurance soins médicaux ou soins dentaires, ou les deux, doit tout de même aviser l'assureur de son choix de module puisque ce choix s'appliquera par défaut si l'exemption prend fin.

L'employée peut également être exemptée de participer à l'assurance soins médicaux – module A, B ou C, aux conditions qui précèdent, et participer à l'assurance soins dentaires.

Fin du droit d'exemption

L'employée qui a été exemptée de participer à l'assurance soins médicaux ou soins dentaires peut ensuite y adhérer, pourvu qu'elle établisse à la satisfaction de l'assureur :

- 1) qu'antérieurement, elle était assurée en vertu du présent régime ou en vertu de tout autre régime, accordant des garanties similaires au régime dont elle est exemptée;
- 2) qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée.

L'assurance entre en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Toutefois, si la demande est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance des personnes à charge entre en vigueur pour l'assurance soins médicaux du module choisi à la date de réception de la demande par l'assureur. Pour l'assurance soins dentaires, la date d'entrée en vigueur sera la même que pour l'assurance soins médicaux – module B ou C et ce, sans preuve d'assurabilité; cependant, aucunes prestations ne sont payables à l'égard de frais engagés pour les personnes à charge au cours des six premiers mois de leur assurance.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

En ce qui concerne l'assurance soins médicaux, l'adhérente qui atteint l'âge de 65 ans peut, en avisant l'assureur par écrit, choisir de :

- a) demeurer assurée en vertu de cette garantie en payant la surprime prévue à cet effet. Dans ce cas, elle devra se désengager auprès de la RAMQ pour les médicaments, ou

- b) demeurer inscrite au régime général d'assurance-médicaments. Dans ce dernier cas, l'adhérente demeure protégée pour les médicaments non couverts par le régime général d'assurance-médicaments et pour les autres frais prévus en vertu de l'assurance soins médicaux du module détenu. L'adhérente qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

Dans le cas d'un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime général d'assurance-médicaments pour la partie médicaments. Il peut cependant choisir de demeurer assuré en vertu de l'assurance soins médicaux du module détenu. Dans ce cas, un avis écrit de l'adhérente doit être transmis à l'assureur, accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a résilié son assurance auprès de la RAMQ. Le conjoint qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par l'assurance soins médicaux si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.

PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION

Pour l'employée

La protection de l'employée commence à la date à laquelle elle devient admissible si une demande d'adhésion parvient à l'assureur avant cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date.

Si la demande d'adhésion de l'employée est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date à laquelle elle est devenue admissible, la protection du module A prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion.

Si l'employée n'est pas effectivement au travail le jour de la prise d'effet de l'assurance, la protection prendra effet à la date à laquelle, en plus de satisfaire aux conditions d'admissibilité, elle sera effectivement au travail.

Aux fins de l'assurance vie additionnelle, la protection prend effet à compter de la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Pour les personnes à charge

- 1) La protection des personnes à charge répondant à la définition de personnes à charge prévue au présent contrat au moment de la date initiale d'admissibilité de l'employée prend effet à la même date que la protection de l'employée pour autant qu'une demande d'adhésion pour l'employée et ses personnes à charge parvienne à l'assureur dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité de l'employée.

Dans les autres cas,

- a) pour l'assurance soins médicaux et soins dentaires : la protection prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion; **toutefois, pour les soins dentaires – modules B et C, les frais engagés au cours des 6 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la protection ne sont pas admissibles en vertu du présent régime d'assurance collective mais la prime requise est exigée.**
 - b) pour l'assurance vie des personnes à charge : des preuves d'assurabilité pour les personnes à charge sont exigées et la protection prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.
- 2) Lorsqu'une personne liée à l'adhérente devient une personne à charge suivant la définition prévue au présent régime et qu'aucune autre personne liée à l'adhérente ne répond à cette définition, l'assurance de cette personne à charge est accordée sans preuves d'assurabilité pour autant qu'une demande d'adhésion à cet effet soit transmise à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle la personne répond pour la première fois à la définition de personnes à charge, et l'assurance prend effet à la date d'admissibilité de la personne à charge. Dans les autres cas, les conditions décrites au paragraphe 1 du présent article s'appliquent.

- 3) Nonobstant les dispositions contenues aux paragraphes 1) et 2) du présent article, si l'adhérente a choisi de ne pas assurer son conjoint ou son conjoint et ses enfants à charge parce qu'ils sont déjà assurés en vertu d'un autre régime comportant des protections similaires, l'assurance pour ces personnes est accordée sans preuves d'assurabilité et prend effet au moment de la cessation de l'assurance en vertu de cet autre régime pour autant qu'une demande d'adhésion pour ces personnes parvienne à l'assureur dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de cet autre régime.
- 4) La protection d'une nouvelle personne à charge (dans le cadre de la protection familiale) ou d'un nouvel enfant à charge (dans le cadre de la protection monoparentale) prend effet à la date à laquelle cette personne ou enfant à charge répond pour la première fois à la définition de personnes à charge, pour autant que cet événement se produise après la prise d'effet de la protection des personnes à charge.
- 5) Nonobstant toute autre disposition contraire, la protection des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de la protection de l'employée.
- 6) L'employée dont le conjoint ou les enfants à charge sont assurés et qui désire que les protections d'assurance sur son conjoint ou sur ses enfants à charge cessent ou soient réduites doit transmettre à cet effet un avis écrit à l'assureur.
- 7) Toute omission ou fausse représentation dans les preuves d'assurabilité soumises à l'assureur et de nature à influencer, du seul avis de l'assureur, l'appréciation du risque rend l'assurance nulle et sans effet.

CHANGEMENT DE TYPE DE PROTECTION

En toutes circonstances, l'adhérente doit être protégée ainsi que ses personnes à charges en assurance soins médicaux et soins dentaires, si applicable, à moins qu'elle-même ou ses personnes à charges soient protégées par une assurance collective offrant des protections similaires.

L'adhérente peut **augmenter** son type de protection à la suite d'un événement de vie, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection individuelle à une protection monoparentale ou familiale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection familiale.

Un événement de vie admissible est défini comme suit :

- 1) mariage*, union civile, admissibilité de votre conjoint de fait;
- 2) naissance d'un premier enfant (adoption, garde légale);
- 3) séparation, divorce, dissolution de l'union civile;
- 4) fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge;
- 5) retour aux études d'un enfant à charge;
- 6) nouvel accès ou perte d'accès involontaire au régime d'assurance collective du conjoint;
- 7) obtention d'un poste permanent.

* Ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint assurable avant le mariage.

Le nouveau type de protection entre en vigueur à la date de l'événement de vie si l'assureur reçoit la demande dans les 31 jours suivant la date de l'événement de vie.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie, le nouveau type de protection entre en vigueur comme suit :

- 1) pour l'**assurance vie des personnes à charge**, des preuves d'assurabilité sont exigées et la garantie entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
- 2) pour les **soins médicaux**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur;
- 3) pour les **soins dentaires**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur. Toutefois, les frais engagés au cours des 6 premiers mois pour les personnes à charge ne sont pas admissibles, mais la prime est exigée.

L'adhérente peut **réduire** son statut de protection en vertu de l'assurance soins médicaux et soins dentaires, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection familiale à une protection individuelle ou monoparentale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection individuelle.

Lorsque le type de protection est réduit en raison d'un événement de vie ayant occasionné la perte d'une personne à charge, le nouveau type de protection entre en vigueur à la date de l'événement de vie si l'assureur reçoit la demande dans les 31 jours suivant la date de l'événement de vie.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie ou si la demande n'est pas en lien avec un événement de vie, le nouveau type de protection entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur.

CHANGEMENT DE MODULE

L'adhérente doit participer à un module pendant un minimum de 2 années consécutives avant d'avoir la possibilité de changer de module, à moins que le changement ne soit requis suite à un événement de vie, tel que décrit dans la section CHANGEMENT DE TYPE DE PROTECTION.

L'adhérente peut augmenter ou diminuer sa protection d'un niveau à la fois (module A <-> B <-> C) et le changement de module demandé par l'adhérente prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'assureur.

Les changements de module sont effectués à la condition que l'adhérente soit effectivement au travail à la date où le changement prendrait normalement effet, sinon tel changement prend effet à la date de retour au travail avec rémunération de l'adhérente.

Si l'adhérente est totalement invalide à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale, jusqu'à la date à laquelle elle reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérente reprend effectivement le travail.

Si l'adhérente est absente du travail par suite de mise à pied temporaire, de congé autorisé, de grève ou de lock-out à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, et si son assurance est prolongée selon ce qui est prévu au contrat d'assurance, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'absence, mais pas au-delà de la période prévue au contrat d'assurance. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Si la demande de changement de module est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date de retour au travail, la protection prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande de changement.

Si l'adhérente n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module uniquement parce qu'elle est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, elle est considérée comme étant effectivement au travail à cette date.

ABSENCE DE L'ADHÉRENTE DU TRAVAIL

Les dispositions de la présente section s'appliquent à l'assurance de l'adhérente et, s'il y a lieu, à celle de ses personnes à charge.

Absence avec rémunération (incluant les libérations syndicales lorsque l'employeur verse le traitement de la travailleuse et se fait rembourser par le syndicat)

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de la période d'absence.

Absence sans rémunération (autre que congé de maternité, prolongation de congé de maternité, congé d'adoption, congé de paternité, congé sans solde ou mise à pied temporaire)

L'assurance est suspendue durant l'absence et reprend automatiquement dès le retour au travail de l'employée titulaire d'un poste permanent avec rémunération à l'exception de l'assurance soins médicaux du module détenu qui est obligatoirement maintenue en vigueur pour toute la durée de l'absence et tant qu'il existe un lien d'emploi, conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance-médicaments, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année, à l'exception de l'assurance soins médicaux du module détenu qui est obligatoirement maintenue en vigueur pour toute la durée de l'absence et tant qu'il existe un lien d'emploi. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Retrait préventif indemnisé par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CSST)

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence, et ce, pour toute la période du retrait préventif, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

Autres absences indemnisées par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CSST), la Loi sur l'assurance automobile (SAAQ) ou la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur pour toute la période du délai de carence de l'assurance salaire de longue durée et selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

Congé de maternité

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé de maternité pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début du congé.

- Si l'adhérente est admissible au régime de congés de maternité offert par l'employeur aux employées protégées par le présent contrat :

L'assurance est maintenue en vigueur pour une période maximale de 20 semaines.

- Si l'adhérente n'est pas admissible audit régime de congés de maternité :

La participation à l'assurance soins médicaux du module détenu est maintenue en vigueur pour toute la durée du congé de maternité et tant qu'il existe un lien d'emploi, conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance-médicaments.

La participation aux autres garanties d'assurance est maintenue en vigueur pour une période maximale égale à celle prévue dans la Loi sur les normes du travail, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Toute invalidité débutant durant le congé de maternité est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Prolongation de congé de maternité au-delà de la période maximale de 20 semaines mentionnée au paragraphe précédent, congé d'adoption, congé de paternité ou congé parental

La participation de l'employée titulaire d'un poste permanent et de l'employée non titulaire d'un poste permanent à l'assurance soins médicaux du module détenu est maintenue en vigueur pour toute la durée de la prolongation du congé de maternité, du congé d'adoption, du congé de paternité ou du congé parental, tant qu'il existe un lien d'emploi conformément à la Loi sur l'assurance-médicaments, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

La participation de l'employée titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, aux autres garanties est maintenue en vigueur pour une période maximale de 24 mois pour autant que l'adhérente en fasse la demande avant le début du congé et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Après la période maximale de 24 mois mentionnée au paragraphe précédent, l'assurance de l'adhérente et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, est suspendue. Toutefois, elle reprend automatiquement dès le retour au travail avec rémunération.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Toute invalidité débutant durant la prolongation d'un congé de maternité ou durant un congé d'adoption, de paternité ou parental est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Congé sans solde

1) Congé sans solde d'une durée de 4 semaines ou moins

L'assurance de l'adhérente est maintenue en vigueur pendant la durée du congé comme si l'adhérente était toujours au travail et elle continue d'être assurée sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Toute invalidité débutant durant le congé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

2) Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines

La participation de l'adhérente à l'assurance soins médicaux du module détenu est maintenue en vigueur tant qu'il existe un lien d'emploi conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance-médicaments, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

La participation de l'employée titulaire d'un poste permanent aux autres garanties est suspendue et l'adhérente cesse d'être assurée, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. La participation de l'adhérente reprend automatiquement et elle recommence à être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, dès son retour au travail et ce, sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné.

Toutefois, l'employée titulaire d'un poste permanent peut maintenir sa participation aux autres garanties pour une période maximale de 3 mois en le signifiant par écrit à l'employeur avant le début du congé et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Après cette période maximale de 3 mois, l'assurance est suspendue. Toutefois, elle reprend automatiquement dès le retour au travail avec rémunération.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Toute invalidité débutant durant le congé alors que l'adhérente a maintenu son assurance salaire de courte et de longue durée est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Congé sans solde pour obligations familiales

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de la période d'absence. La participation de l'adhérente est maintenue tant qu'il existe un lien d'emploi, mais elle ne peut en aucun cas excéder une période de 24 mois consécutifs.

Mise à pied temporaire

Toutes les règles énoncées pour le congé sans solde s'appliquent. Toutefois, la durée maximale de 3 mois pour le maintien des protections de l'employée titulaire d'un poste permanent s'applique également pour l'assurance soins médicaux du module détenu.

Grève, lock-out ou cessation concertée de travail

Pour l'assurance soins médicaux :

- 1) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 30 jours et moins*, la participation est maintenue comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.
- 2) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 30 jours*, la participation de toutes les assurées à cette garantie est facultative à compter de la 31^e journée pour chaque établissement concerné. S'il est décidé de maintenir l'assurance en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Pour toutes les autres garanties :

- 1) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 14 jours et moins*, la participation est maintenue comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

- 2) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 14 jours*, la participation de toutes les assurées aux garanties est facultative à compter de la 15^e journée pour chaque établissement concerné. S'il est décidé de maintenir l'assurance en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur et que la demande parvienne à l'assureur au plus tard dans les 14 jours du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail.

Toute invalidité débutant durant la grève, le lock-out ou la cessation concertée de travail est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Régime de congé à traitement différé

L'assurance demeure en vigueur pendant un congé à traitement différé, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur, et la protection est basée sur le salaire réduit.

Toute invalidité débutant durant le congé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

L'assurance de l'adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette adhérente;
- 2) la date à laquelle l'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance;
- 3) la date de la résiliation du contrat;
- 4) la date à laquelle l'adhérente quitte son emploi;
- 5) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite;
- 6) la date à laquelle l'adhérente cesse d'être admissible à l'assurance;

- 7) relativement à une garantie sujette à l'exonération de prime, la date à laquelle se termine telle exonération de prime à moins que l'adhérente n'ait repris le paiement de sa prime en tant qu'employée admissible tel que décrit au présent régime;
- 8) relativement et uniquement pour l'assurance soins médicaux et soins dentaires, à la date d'acceptation par l'assureur de la demande de l'adhérente à l'effet qu'elle désire être exemptée des dites garanties, pour elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- 9) la date à laquelle l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou représentations provenant de l'adhérente ou d'un tiers, des prestations auxquelles la police ne donne pas droit, indépendamment du caractère obligatoire de la protection et de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- 10) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérente, la date de réception par l'assureur de l'avis écrit de l'adhérente demandant d'y mettre fin;
- 11) pour l'assurance vie de base, l'assurance mutilation accidentelle et l'assurance salaire de longue durée, la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans.

L'assurance de toute personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérente;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent régime d'assurance collective;
- 3) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 4) la date de réception par l'assureur de l'avis écrit d'une adhérente qui désire dorénavant être protégée selon une protection monoparentale ou individuelle selon le cas.

DROIT DE TRANSFORMATION

Les assurances vie de base et additionnelle ainsi que l'assurance soins médicaux que l'adhérente âgée de moins de 65 ans détient par le biais de son assurance collective peuvent, lors d'une cessation d'emploi, et en autant que ces garanties soient toujours en vigueur, être converties en assurance individuelle aux taux et conditions alors en vigueur chez l'assureur, et ce, sans preuves d'assurabilité, si elle présente sa demande par écrit à l'assureur dans les 31 jours de la cessation de son emploi.

Les personnes à charge peuvent également se prévaloir du droit de transformation lorsqu'elles cessent d'être admissibles à l'assurance collective ou par suite du décès de l'adhérente ou de sa cessation d'emploi.

N.B. La Loi sur l'assurance-médicaments interdit à un assureur d'offrir une assurance maladie individuelle qui prévoit le remboursement des frais de médicaments inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS

Lorsqu'un employeur met fin au lien d'emploi d'une employée durant une invalidité mais avant le début de l'exonération de la prime, toutes les garanties, sauf l'assurance salaire de courte durée, se terminent à la date de fin du lien d'emploi. Seules les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée seront remises en vigueur avec une exonération de la prime lorsque les prestations d'assurance salaire de longue durée seront payables, en autant que l'invalidité totale se poursuive.

EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide, son assurance, incluant celle de son conjoint et de ses enfants à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter du premier jour du mois qui suit l'expiration du délai de carence de l'assurance salaire de longue durée et tant que l'adhérente reçoit des indemnités en vertu de ladite garantie et peut s'appliquer si l'employée reçoit des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CSST), de la Loi sur l'assurance-automobile (SAAQ) ou de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), que la police demeure en vigueur ou non. Dans le cas d'une indemnisation en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (CSST), les dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérente reçoit le plein salaire qu'elle touchait avant le début de son invalidité.

Dans le cas d'un transfert d'assureur, s'il s'agit d'une employée invalide qui n'est pas exonérée, l'exonération de la prime sera accordée à la date à laquelle elle sera exonérée par le régime d'assurance duquel elle reçoit des prestations d'assurance salaire. Seules les garanties exonérées par l'ancien régime d'assurance le seront par le présent régime. La prime pour les autres garanties continuera d'être requise tant et aussi longtemps que cette employée sera en invalidité.

S'il s'agit d'une employée invalide qui est déjà exonérée, à la date d'adhésion, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie maintiendra l'exonération pour les garanties exonérées par l'assureur duquel elle reçoit des prestations d'assurance salaire, en autant qu'elle soit toujours en lien d'emploi. La prime pour les autres garanties continuera d'être requise tant et aussi longtemps que cette employée sera en invalidité.

Dans tous les cas, ce maintien d'assurance sans paiement de prime cesse à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérente cesse d'être invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans pour les garanties assurance vie de base, assurance mutilation accidentelle, assurance vie additionnelle et assurance salaire de longue durée;

- 3) la date de la fin du contrat pour l'assurance soins médicaux et soins dentaires et l'assurance vie des personnes à charge;
- 4) la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'assurée aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

EXCLUSION GÉNÉRALE

Aucune garantie ne s'applique à un assuré qui s'engage comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays et pour la durée de tel engagement.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. L'adhérente peut se procurer ces formulaires auprès de son employeur ou sur le site internet de Desjardins Sécurité financière.

Toutes les prestations sont payables en monnaie légale du Canada.

Assurance vie

Toute demande de prestations doit être déclarée à l'assureur et justifiée par l'adhérente ou ses bénéficiaires en cas de décès de l'adhérente, à la satisfaction de l'assureur, dans les plus brefs délais.

Assurance mutilation accidentelle

Toute demande de prestations doit être déclarée à l'assureur et justifiée par l'adhérente, à la satisfaction de l'assureur, dans les plus brefs délais. Les preuves de perte doivent être présentées à l'assureur dans les 180 jours de la date de la perte, à défaut de quoi aucunes prestations ne sont payables.

Assurance salaire de courte durée et assurance salaire de longue durée

Toute demande de prestations doit être déclarée à l'assureur et justifiée par l'adhérente, à la satisfaction de l'assureur, au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date du début de l'invalidité et, par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'assureur le demande. Le défaut de l'adhérente de fournir ces preuves dans les délais prévus la prive du droit de recevoir des indemnités, relativement à l'invalidité en cause, pour la période antérieure à la date de réception par l'assureur de telles preuves d'invalidité.

Soins médicaux – Médicaments

Pour l'achat de médicaments admissibles à l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de carte de paiement de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de l'adhérente. Le mode de paiement prévu par l'assurance est dit « différé » et permet le remboursement des sommes appropriées concernant les frais de médicaments sans que l'adhérente n'ait à remplir de demande de prestations. *L'assureur rembourse l'adhérente dès que le total du remboursement de frais de médicaments auquel elle a droit atteint 50 \$ ou qu'une période de 30 jours s'est écoulée, selon la première éventualité. Le délai de 30 jours court toujours à partir de la date du dernier remboursement de frais de médicaments à l'adhérente.*

Pour l'achat de médicaments admissibles à l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de carte de paiement de médicaments et pour les autres frais prévus à l'assurance soins médicaux – module A, l'adhérente doit remplir le formulaire approprié et y attacher l'original des factures acquittées. À noter que toutes les factures doivent mentionner le nom du patient, la nature, la date et le coût des services.

La demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou au plus tard 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés advenant la terminaison de la police.

Soins médicaux – Autres frais médicaux - modules B ou C et soins dentaires (lorsque la carte de paiement de soins dentaires n'est pas utilisée)

Toute demande de prestations doit être présentée par l'adhérente sur un compte acquitté, sauf en ce qui concerne les frais d'hospitalisation. Lorsque la demande de prestations porte sur un compte non acquitté, elle doit être présentée sur les formulaires fournis à ces fins par l'assureur et porter la signature de la personne qui a fourni les services.

Toute demande de prestations doit être présentée dans les 12 mois de tout événement ouvrant droit à l'application d'une garantie du régime, ou au plus tard 6 mois advenant la terminaison de la police, sans quoi elle n'engage pas l'assureur.

Soins dentaires (avec utilisation de la carte de paiement de soins dentaires)

Lors d'une visite chez le dentiste, l'adhérente doit présenter sa carte de paiement de soins dentaires; le dentiste s'occupera de la transmission et de la validation des frais admissibles auprès du fournisseur de la carte de paiement et l'adhérente n'aura qu'à déboursier la portion non remboursable des frais assurés en vertu de son régime.

S'il s'agit de soins à une personne à charge assurée, la personne en question doit présenter au dentiste sa carte d'assurance-maladie gouvernementale et la carte de paiement de soins dentaires de l'adhérente.

Assurance annulation de voyage

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

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

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**

**200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations de soins médicaux, de soins dentaires ou d'assurance voyage, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au numéro de téléphone sans frais suivant : 1 855 838-2585.

Dans tous les cas, les remboursements se font en tenant compte du choix de module et du type de protection à la date à laquelle la dépense est engagée et non à la date à laquelle la demande est envoyée à l'assureur.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE

Lors du décès d'une adhérente, l'assureur s'engage à payer au dernier bénéficiaire que lui a légalement désigné l'adhérente, la somme suivante :

- 1 fois le salaire annuel de l'adhérente arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ s'il n'est déjà un tel multiple.

Paiement anticipé du capital

- 1) Sur acceptation de l'assureur, toute adhérente dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en vertu de la présente assurance payable à son décès.

Ce paiement est toutefois limité à 25 % de la somme assurée.

- 2) Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu de la présente assurance est réduit :
 - a) du montant du paiement anticipé, et
 - b) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.
- 3) L'adhérente demeure responsable du paiement de la prime à moins qu'elle ne bénéficie de l'exonération des primes prévue au présent contrat.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Cette garantie est offerte sur **base facultative** à l'adhérente qui détient l'assurance vie de base de l'adhérente.

Le montant d'assurance vie additionnelle est égal à un nombre d'unités de 5 000 \$. Le nombre d'unités varie d'un minimum de 5 unités à un maximum de 40 unités, selon le choix effectué par l'adhérente.

Des preuves d'assurabilité sous forme de déclaration de santé doivent être fournies à l'assureur.

Exclusion : suicide

Si une adhérente se donne la mort, qu'elle soit saine d'esprit ou non, alors qu'elle est assurée depuis moins de 12 mois par la protection d'assurance vie additionnelle, l'assureur rembourse les primes perçues pour cette adhérente relativement à la protection d'assurance vie additionnelle en lieu et place du montant d'assurance vie additionnelle.

Si une adhérente augmente son montant d'assurance vie additionnelle, la période précitée de 12 mois court à nouveau à compter de la date à laquelle le montant additionnel d'assurance vie est mis en vigueur et ce, pour le montant additionnel seulement.

ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENTE

Lorsque l'adhérente âgée de moins de 65 ans subit l'une des pertes énumérées ci-après par suite d'un accident survenu en cours d'assurance et que cette perte survient dans les 365 jours de l'accident, l'assureur verse à l'adhérente un montant correspondant au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base en vigueur.

La perte assurée par le présent régime doit être causée, directement et indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels.

Les prestations sont calculées en appliquant le pourcentage prévu au TABLEAU DES PERTES au montant d'assurance, sans toutefois dépasser 100 % du montant d'assurance pour toutes les pertes relatives au même accident.

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte accidentelle</u>	<u>Montant versé</u>
Perte des 2 mains, des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un oeil	100 %
Perte d'une main, ou d'un pied ou de la vue d'un oeil	50 %
Perte d'un doigt de main ou de pied	10 %

Par le mot « perte », on entend

- 1) pour ce qui est d'une main ou d'un pied, la perte de l'usage* ou l'amputation du poignet ou de la cheville, ou au-dessus;
- 2) en ce qui concerne le doigt de main ou de pied, la perte de l'usage* ou l'amputation à la jointure entre le doigt et la main ou entre le doigt et le pied, selon le cas;
- 3) en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, permanente et irrécouvrable de la vue.

*Par perte de l'usage, on entend la perte totale de l'usage qui a été continue pendant 12 mois consécutifs depuis la date de l'accident et qui est irréversible.

Exclusions et limitations

Aucunes prestations ne sont versées pour des pertes résultant d'un accident survenu antérieurement à la date d'effet de l'assurance de l'adhérente. De plus, aucunes prestations ne sont payables pour une perte attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- 1) le suicide, la tentative de suicide ou les blessures que s'est intentionnellement causées l'adhérente, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- 2) la commission ou la tentative de commission par l'adhérente d'un acte criminel ou sa participation à un tel acte;
- 3) la participation active de l'adhérente à une émeute ou à une insurrection;
- 4) la participation active de l'adhérente à la guerre ou à la guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
- 5) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant lorsque l'adhérente est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à ladite envolée;

- 6) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie), l'empoisonnement, l'intoxication ou l'usage de drogues;
- 7) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 8) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
- 9) lorsque l'adhérente conduit un véhicule motorisé alors qu'elle est sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Lors du décès d'une personne à charge assurée, l'assureur s'engage à payer à l'adhérente un montant de :

Conjoint : 5 000 \$

Enfant à charge âgé de 24 heures ou plus : 5 000 \$

ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES À CHARGE

La garantie assurance mutilation accidentelle des personnes à charge prévoit le paiement d'un certain pourcentage du capital assuré en vertu de l'assurance vie de base de cette personne à charge assurée, si celle-ci subit l'une des pertes mentionnées au TABLEAU DES PERTES de la garantie assurance mutilation accidentelle de l'adhérente. De plus, les modalités, exclusions et limitations de la garantie assurance mutilation accidentelle de l'adhérente s'appliquent également à la présente garantie.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Conformément aux dispositions de la présente garantie, l'assureur s'engage à payer à l'adhérente atteinte d'invalidité totale, pourvu qu'elle ait été assurée par la présente garantie au début de l'invalidité, le montant prévu d'indemnité hebdomadaire de salaire tel que déterminé à la date du début de la même période d'invalidité et pour lequel la prime a été versée, à partir de la fin du délai de carence et pour la durée maximale prévue à la même date en vertu de la présente garantie.

Pour les définitions d'« invalidité totale » et de « même période d'invalidité », veuillez vous référer à la section DÉFINITIONS de la présente brochure.

Rente hebdomadaire : 75 % du salaire hebdomadaire de l'adhérente au début de l'invalidité

Imposition des prestations : Les prestations sont imposables.

Délai de carence : La rente d'invalidité débute la huitième journée (calendrier) d'invalidité totale.

Durée maximale des prestations : 17 semaines, sans toutefois excéder la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite. Pour l'adhérente invalide qui atteint l'âge de 65 ans mais qui n'a pas encore reçu 17 semaines de prestations, les paiements se poursuivent pour une durée maximale de 17 semaines, pourvu que subsiste l'invalidité mais sans toutefois excéder la date de la retraite de l'adhérente. Pour l'adhérente qui devient invalide après l'âge de 65 ans, la durée maximale des prestations est de 15 semaines, sans toutefois excéder la date de la retraite de l'adhérente.

Durant une même période d'invalidité, le montant de rente hebdomadaire n'est pas modifié par des changements de salaire ou de modifications à la présente garantie.

Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent par même période d'invalidité.

Le premier versement de rente hebdomadaire est fait une semaine après l'expiration du délai de carence et de semaine en semaine par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité.

Lorsque cela est nécessaire, la rente hebdomadaire est fractionnée au taux quotidien de 1/7.

Le versement des prestations pour toute invalidité qui survient durant une absence au travail, débute à la dernière des dates suivantes, en autant que l'assurance salaire de courte durée ait été maintenue en vigueur :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Coordination de protection

L'indemnité payable en vertu de la présente garantie est réduite des indemnités payables à l'adhérente, en relation avec l'invalidité concernée, en vertu du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, d'une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance-automobile du Québec, de toute autre loi sociale, du régime de retraite de l'employeur, de toute police d'assurance collective et de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Aux fins de la présente clause, il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenu à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas le droit à des indemnités provenant de telles sources.

Exclusions

La présente garantie ne reconnaît aucune période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin;

- 2) qui résulte d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration par l'adhérente d'un acte criminel, de la participation active de l'adhérente à une émeute ou à une insurrection, de blessures que s'est intentionnellement causées l'adhérente qu'elle ait été ou non alors consciente de ses actes;
- 3) qui résulte de traitements esthétiques;
- 4) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile;
- 5) pendant laquelle l'adhérente a droit à une indemnité en vertu du régime québécois d'assurance parentale ou de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada non reliée à une invalidité;
- 6) pendant laquelle l'adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque;
- 7) qui ouvre droit à des indemnités en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie;
- 8) pour toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie à moins que l'adhérente reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation, qu'il s'agisse de la première invalidité due à l'une de ces causes et que l'adhérente soit hébergée, depuis le début de son invalidité, dans une institution de réhabilitation reconnue;
- 9) pour toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes lorsque cette période se situe :
 - a) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes, soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;

- b) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- c) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du régime québécois d'assurance parentale.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Conformément aux dispositions de la présente garantie, l'assureur s'engage à payer à l'adhérente atteinte d'invalidité totale, pourvu qu'elle ait été assurée par la présente garantie au début de l'invalidité, le montant d'indemnité mensuelle de salaire tel que déterminé à la date du début de la même période d'invalidité et pour lequel la prime a été versée, à partir de la fin du délai de carence et pour la durée maximale prévue à la même date en vertu de la présente garantie.

Pour les définitions d'«invalidité totale» et de «même période d'invalidité», veuillez vous référer à la section DÉFINITIONS de la présente brochure.

Rente mensuelle : 66 2/3 % des premiers 24 000 \$ de salaire annuel, plus 55 % des 24 000 \$ suivants et 45 % de l'excédent.

Imposition des prestations : Les prestations sont non imposables.

Délai de carence : 18 semaines d'invalidité totale

Durée des prestations : jusqu'à ce que l'adhérente atteigne l'âge de 65 ans ou jusqu'à sa retraite, selon la première éventualité.

Durant une même période d'invalidité, le montant de rente mensuelle n'est pas modifié par des changements de salaire ou de modifications à la présente garantie.

Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent par même période d'invalidité.

Le premier versement de rente mensuelle est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité.

Le défaut de l'adhérente de fournir les preuves d'invalidité requises par l'assureur met fin au versement des prestations.

Le versement des prestations pour toute invalidité qui survient durant une absence au travail, débute à la dernière des dates suivantes, en autant que l'assurance salaire de longue durée ait été maintenue en vigueur :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Coordination de protection

1) Intégration directe

La rente payable en vertu de la présente garantie est réduite des indemnités payables à l'adhérente, en relation avec l'invalidité concernée, en vertu d'une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de la Loi sur l'assurance-automobile du Québec, de toute autre loi sociale, du régime de retraite de l'employeur, de toute police d'assurance collective et de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Toutefois, pour ce qui est du régime de retraite de l'employeur, l'adhérente en invalidité qui est admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle verra ses prestations d'assurance invalidité réduites d'un montant égal à 80 % de la rente de retraite payable.

Aux fins de la présente clause, il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenu à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

2) Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau la rente payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'une adhérente provenant de toutes sources dépasse 90 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale.

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'adhérente reçoit ou auxquels elle a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérente provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;

- g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.
- 3) Si l'adhérente touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) et en 2) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérente, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Exclusions

La présente garantie ne reconnaît aucune période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin;
- 2) qui résulte d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration par l'adhérente d'un acte criminel, de la participation active de l'adhérente à une émeute ou à une insurrection, de blessures que s'est intentionnellement causées l'adhérente qu'elle ait été ou non alors consciente de ses actes;
- 3) qui résulte de traitements esthétiques;

- 4) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile;
- 5) pendant laquelle l'adhérente a droit à une indemnité en vertu du régime québécois d'assurance parentale ou de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada non reliée à une invalidité;
- 6) pendant laquelle l'adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque (sauf pour ce qui est prévu au paragraphe de la présente garantie intitulé « Réadaptation »);
- 7) qui ouvre droit à des indemnités en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie;
- 8) pour toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie à moins que l'adhérente reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation, qu'il s'agisse de la première invalidité due à l'une de ces causes et que l'adhérente soit hébergée, depuis le début de son invalidité, dans une institution de réhabilitation reconnue;
- 9) pour toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes lorsque cette période se situe :
 - a) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes, soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;
 - b) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
 - c) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du régime québécois d'assurance parentale.

Réadaptation et retour au travail progressif

Une adhérente invalide peut, avec l'approbation de l'assureur, s'engager dans un travail de réadaptation pendant les 24 premiers mois suivant la fin du délai de carence de 18 semaines d'invalidité totale, tout en continuant de bénéficier de la présente garantie relativement à son invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail demeure un travail de réadaptation, dans l'opinion de l'assureur. De même, aux fins de la présente garantie, le retour au travail progressif peut être considéré comme un travail de réadaptation à la condition d'avoir été approuvé par l'assureur.

Les indemnités payables par l'assureur pendant la durée de tel travail de réadaptation sont réduites d'une somme égale à 50 % de la rémunération totale provenant dudit travail. Le total des sommes reçues par l'adhérente provenant de l'assureur et du travail de réadaptation ou du programme de retour au travail progressif ne doit toutefois pas excéder 100 % du salaire de l'adhérente au début de son invalidité.

Assurance salaire courte durée et de longue durée

Nonobstant toute autre disposition du régime à ce contraire, le paiement des indemnités, en vertu de la présente garantie, pour une certaine période, ne peut débiter tant que des prestations sont payables en vertu de l'assurance salaire de courte durée pour cette même période; cependant, lorsque le paiement des prestations en vertu de l'assurance salaire de longue durée a débuté et que des prestations sont payables en vertu de cette garantie pour une certaine période, l'assureur ne verse aucune indemnité en vertu de l'assurance salaire de courte durée.

SOINS MÉDICAUX – MODULES A, B ET C

Lorsqu'une adhérente engage des frais pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, dans la mesure où ces frais s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par un médecin sauf si spécifié autrement, par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication de grossesse, alors que l'assurance est en vigueur, elle a droit au remboursement des frais admissibles décrits ci-après.

MÉDICAMENTS – MODULES A, B ET C

Franchise par année d'assurance :

Module A : 200 \$ pour l'adhérente et ses enfants à charge et
200 \$ pour le conjoint

Module B : 100 \$ pour l'adhérente et ses enfants à charge et
100 \$ pour le conjoint

Module C : Aucune

La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année d'assurance sur l'ensemble des frais assurés.

Pourcentage de remboursement :

Module A : 1) Médicaments génériques : 68 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché

2) Médicaments de marque : 68 %

Module B : 1) Médicaments génériques : 75 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché

2) Médicaments de marque :

- 75 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis
- 75 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché si le médecin ne soumet pas le formulaire requis

- Module C :
- 1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - 2) Médicaments de marque :
 - 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché ou si le médecin soumet le formulaire requis
 - 80 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché si le médecin ne soumet pas le formulaire requis

* Si l'adhérente achète un médicament de marque alors qu'il existe un générique équivalent à ce médicament, le pourcentage de remboursement sera alors de 68 % du montant déboursé afin de respecter les dispositions de la loi sur l'assurance médicaments du Québec.

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

Lorsque la contribution de l'adhérente atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance médicaments du Québec (RAMQ), pour les frais engagés par elle-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérente et ses enfants à charge passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérente, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Frais admissibles

- 1) Sont admissibles les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (drug identification number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés.
- 2) Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception dans la liste RAMQ », sont toutefois admissibles seulement s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au régime général d'assurance-médicaments. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.
- 3) Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est admissible et non l'acte médical. À cet égard, les injections sclérosantes administrées pour le traitement des varices pour des raisons médicales mais non esthétiques sont admissibles jusqu'à concurrence de frais de 20 \$ par traitement.
- 4) Sont également admissibles par la présente clause et sans prescription médicale, les stérilets jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par stérilet et 2 stérilets par année d'assurance.

Exclusions

- 1) La présente garantie ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :
 - a) les produits utilisés pour hygiène corporelle ou à des fins esthétiques ou cosmétiques, notamment les produits servant à compenser la perte de cheveux;
 - b) les substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
 - c) les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
 - d) les produits homéopathiques ou dits naturels;
 - e) les médicaments ou les produits antitabac qui ne sont pas admissibles en vertu du régime général d'assurance-médicaments ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime général d'assurance-médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
 - f) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques ou produits prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au régime général d'assurance-médicaments demeurent admissibles. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement admissible;

- g) les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être admissibles. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement admissible;
 - h) les médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
 - i) les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le régime général d'assurance-médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
 - j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
 - k) les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.
- 2) La contribution du patient exigée pour un assuré protégé par le régime général d'assurance-médicaments par la Régie de l'assurance-maladie du Québec n'est pas admissible à la présente clause.
- 3) Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement admissible sous le régime général d'assurance-médicaments.

Limitations

Aucunes prestations ne sont versées dans les cas suivants :

- 1) pour des frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents de travail et les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales ainsi que les frais engagés pour des fins esthétiques ou pour des maladies mentales dont le traitement est à la charge d'organismes publics;
- 2) pour des services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- 3) pour des frais en rapport avec une insurrection, une émeute ou une guerre;
- 4) pour des frais engagés à la suite de blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 5) pour des frais résultant de la participation active à des actes criminels;
- 6) pour des services, des soins ou des produits administrés à des fins expérimentales.

AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULES B ET C

Les frais admissibles sont les frais raisonnables engagés pour des services ou fournitures prévus ci-après.

Pourcentage de remboursement : 75 %

Frais admissibles

Lorsqu'une adhérente engage des frais pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, dans la mesure où ces frais s'appliquent à des fournitures ou services **prescrits par un médecin sauf si spécifié autrement**, par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication de grossesse, alors que l'assurance est en vigueur, elle a droit au remboursement des frais admissibles suivants. Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérente ou de ses personnes à charge. Le montant maximum par année d'assurance est applicable à chacune des personnes couvertes.

Avec une prescription médicale

- 1) **les radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes** passés sans être hospitalisé, pour fins de prévention ou de diagnostic;
- 2) **les frais de résonance magnétique ainsi que les scanners, à raison de 50 % des frais engagés.** La présente garantie couvre un seul test par année d'assurance. Toute autre technique d'imagerie médicale est exclue;
- 3) **les frais d'échographie**, à l'extérieur d'un hôpital, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année d'assurance;
- 4) les honoraires d'un(e) **infirmier(ère) diplômé(e)**, dûment licencié(e), au service continu et exclusif de la personne assurée, qui ne réside pas ordinairement dans la maison de cette dernière et qui n'est pas parent(e) avec elle, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 5 000 \$ par année d'assurance;
- 5) **la location de fauteuil roulant et lit d'hôpital non motorisés, appareils d'assistance respiratoire et autres appareils de même nature;**

- 6) **l'achat ou le remplacement de membres artificiels et d'autres prothèses externes**, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 6 000 \$ par membre ou par prothèse. Les prothèses dentaires, les appareils auditifs, les lunettes et les verres de contact sont exclus;
- 7) **l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques (excluant les chaussures orthopédiques de même que les orthèses podiatriques)**;
- 8) **les traitements d'orthophonie et d'audiologie**, lorsqu'ils sont administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective;
- 9) les soins professionnels d'un **psychologue** et ceux d'un **travailleur social**, jusqu'à concurrence pour une même année d'assurance, d'un maximum payable de 400 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée;
- 10) l'achat d'un **glucomètre**, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 270 \$ par période de 60 mois par personne assurée;
- 11) l'achat de **bas de contention** à compression moyenne ou forte (*plus de 20 mm de Hg*), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires de bas par année d'assurance;
- 12) l'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation d'une **prothèse capillaire** initiale nécessaire à la suite de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal à vie de 400 \$ par personne assurée;

- 13) l'achat d'une **pompe à insuline** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 6 000 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée et l'achat d'**accessoires** (tubulures, cathéters) jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 800 \$ par année d'assurance;
- 14) la location d'**équipements thérapeutiques** ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, incluant l'achat de couches pour incontinence, de sondes et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

À titre d'exemple, sont admissibles :

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : maximist, médi-pompe);
- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.);
- c) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- d) les neurostimulateurs percutanés (T.E.N.S.);
- e) les vêtements pour le traitement des brûlures.

Les équipements mentionnés au présent article sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum à vie de 10 000 \$ par personne assurée. Ne sont pas admissibles les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, filtre d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature, de même que les appareils de contrôle tels que le réflectomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre, dextromètre ou autres appareils de même nature.

Sans prescription médicale (sauf les traitements d'un massothérapeute)

- 1) lorsque médicalement requis ou en cas d'urgence, **le transport en ambulance**, en direction ou en provenance d'un hôpital, par un ambulancier licencié, traitements d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport et transport en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen;
- 2) les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste, que les soins soient prescrits ou non par un médecin, pour des **lésions accidentelles aux dents naturelles** survenues alors que la personne assurée était assurée par la présente garantie, jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée en vigueur au moment où les soins sont prodigués et engagés pour des soins reçus pendant les 12 mois qui suivent la date de l'accident. Les actes, traitements et prothèses de quelque nature que ce soit, reliés à un implant ne sont pas admissibles;
- 3) les traitements d'un **chiropraticien** (incluant les radiographies), d'un **physiothérapeute** ou d'un **ostéopathe** lorsqu'ils sont administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence, pour une même année d'assurance, d'un maximum global payable de 500 \$ pour l'ensemble des soins reçus. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée;

- 4) **pour le module C seulement** : les traitements d'un **naturopathe**, d'un **acupuncteur** ou d'un **podiatre** et, **sur recommandation médicale**, d'un **massothérapeute**, administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence pour une même année d'assurance, d'un maximum global payable de 500 \$ pour l'ensemble des soins reçus. Un seul traitement par discipline professionnelle par jour, pour la même personne assurée, ouvre droit à des prestations. Les produits ou remèdes fournis par le naturopathe ne sont pas couverts par la présente garantie. Les frais de radiographies ne sont pas admissibles pour ces professionnels si elles sont administrées par ceux-ci.

Limitations

Aucunes prestations ne sont versées dans les cas suivants :

- 1) pour des frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents de travail et les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales ainsi que les frais engagés pour des fins esthétiques ou pour des maladies mentales dont le traitement est à la charge d'organismes publics;
- 2) pour des services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- 3) pour des frais en rapport avec une insurrection, une émeute ou une guerre;
- 4) pour des frais engagés à la suite de blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

- 5) pour des frais résultant de la participation active à des actes criminels;
- 6) pour des services, des soins ou des produits administrés à des fins expérimentales.

ASSURANCE VOYAGE – MODULES B ET C

Lorsqu'une personne assurée résidant au Canada et assurée en vertu des régimes d'État d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assurance voyage permet à l'assureur de rembourser à l'adhérente 100 % des frais qu'elle engage à cet égard, dans la mesure où ces frais sont admissibles en vertu du présent article et **sont reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage**, et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance et selon les modalités qui sont prévues ci-après.

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

Frais admissibles d'assurance voyage

- 1) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux
 - a) Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital, étant entendu que la personne assurée doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec la firme d'assistance-voyage, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé; toutefois, lorsque les frais hospitaliers sont engagés au Canada, ceux-ci sont limités au maximum prévu à la garantie de frais hospitaliers des soins médicaux – module C;

- b) les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste;
- c) les soins privés dispensés par un infirmier, lorsque prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAN; le tarif ne doit pas excéder ce qui aurait normalement été exigé pour le même service dans la province de résidence de la personne assurée;
- d) les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de l'assurance maladie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée.

2) Frais de transport

- a) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; de plus, la personne assurée cesse d'être protégée par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance-voyage;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du paragraphe précédent) de tout membre de la proche famille qui est également assuré en vertu de l'assurance soins médicaux, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par la firme d'assistance-voyage;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne assurée demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille ayant 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par la firme d'assistance-voyage. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également admissibles, jusqu'à concurrence de 500 \$;
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; le remboursement maximal est de 1 000 \$ CAN par adhérente; par « véhicule » on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage), à condition qu'aucun membre de la proche famille ayant 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;

g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.

3) Frais de subsistance

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa proche famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ CAN par jour par adhérente, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

4) Frais d'appels interurbains

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la proche famille si la personne assurée est hospitalisée, pourvu que les frais de transport pour visiter la personne assurée ne soient pas utilisés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa proche famille ayant 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN par hospitalisation.

Le service d'assistance-voyage

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

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- 2) référence à des médecins ou à des établissements de santé;
- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;

- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- 5) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin le prescrit;
- 11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) référence à des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- 13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- 14) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- 15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

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

En cas d'urgence médicale, avant d'engager des frais, la personne assurée doit communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage à l'un des numéros suivants :

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

Limitations

Les prestations totales ne peuvent excéder un maximum à vie de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Prolongation

En cas de décès de l'adhérente, l'assurance voyage continue de s'appliquer à ses personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérente;
- 2) la date de la fin du voyage en cours.

Exclusions applicables à l'assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec la firme d'assistance-voyage et qu'elle ne le fait pas, le remboursement de certains frais peut être réduit ou refusé.

Les exclusions reliées à l'assurance soins médicaux s'appliquent à l'assurance voyage. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, donc qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une situation urgente résultant d'une maladie subite ou d'un accident;
- 3) si la personne assurée n'est pas protégée en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance voyage;
- 5) si la personne assurée refuse un traitement recommandé par un médecin et approuvé par la firme d'assistance voyage;
- 6) si la personne assurée se rend dans un pays ou une région au sujet duquel ou de laquelle le gouvernement du Canada avait émis, avant le début du voyage, une recommandation d'éviter d'y séjourner;
- 7) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements relatifs à ses autres protections d'assurance;
- 8) si les frais engagés sont liés à un état de santé qui n'était pas stable avant le début du voyage.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE – MODULES B ET C

Pourcentage de remboursement : 100 %

1) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par événement par personne assurée :

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;

- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- j) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;

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

- des difficultés mécaniques;
- des conditions atmosphériques défavorables; ou
- une catastrophe naturelle; ou

ii) retard du véhicule, causé par :

- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
- la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

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

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

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

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

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

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :

i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;

ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

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

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

i) devient malade; ou

ii) subit une blessure.

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

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.
- 4) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

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

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

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

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

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

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable :

- 1) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- 2) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- 3) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;

- 4) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- 5) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- 6) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- 7) pour toute demande de prestations résultant directement ou indirectement d'une blessure que la personne s'est infligée elle-même, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait été consciente ou non de ses actes;
- 8) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manoeuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;
- 9) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

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

- 10) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- 11) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;
- 12) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

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

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

FRAIS HOSPITALIERS – MODULE C SEULEMENT

Lorsque l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée est admise dans un hôpital sur prescription du médecin traitant et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, elle a droit au remboursement du coût quotidien d'une chambre privée ou semi-privée en excédent des frais d'hospitalisation en salle commune, jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée au Québec.

Toute demande de prestations concernant la présente garantie peut être présentée à l'assureur sur un compte non acquitté.

Exclusion

Aucunes prestations ne sont versées pour des frais hospitaliers engagés pour des frais d'hébergement et soins de longue durée ou 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.

SOINS DENTAIRES – MODULES B ET C SEULEMENT

Alors que l'assurance est en vigueur, lorsqu'une adhérente engage des frais pour soins dentaires pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, tels que définis ci-après, rendus par un chirurgien-dentiste légalement reconnu et non déjà payés en vertu d'autres garanties de ce régime d'assurance collective, l'assureur paie le pourcentage indiqué ci-après des frais réellement encourus jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'adhérente en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Franchise : Aucune

Pourcentage de remboursement :

Module B : 60 % des frais engagés pour les frais dentaires de base

Module C : 85 % des frais engagés pour les frais dentaires de base
60 % des frais engagés pour les frais de restauration majeure

Limite de remboursement :

- 1 500 \$ par année d'assurance par personne assurée, pour l'ensemble des frais prévus en vertu de la présente garantie.

Évaluation préalable :

Si la personne assurée doit subir un traitement dont le coût excède 500 \$, il est suggéré de faire remplir un formulaire d'évaluation préalable par le dentiste et transmettre ce formulaire à l'assureur. L'évaluation du traitement doit inclure les résultats de l'examen bucco-dentaire et les soins requis pour le traitement de l'affection, ainsi que les honoraires demandés par le dentiste pour ces soins.

Les frais engagés par une personne à charge admissible en vertu de l'assurance soins dentaires au cours des 6 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la protection ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie si le délai de 31 jours pour l'adhésion n'est pas respecté lors de la prise d'effet de l'assurance. Les primes exigibles doivent être payées.

1) FRAIS DENTAIRE DE BASE – MODULES B ET C

Diagnostic

- a) Examen buccal clinique
 - i) Examens complets, 1 par 36 mois
 - ii) Examens de rappel ou périodiques, 1 par 9 mois
 - iii) Examen d'urgence, 2 par année d'assurance
 - iv) Examen d'un aspect particulier, 2 par année d'assurance

- v) Examen parodontal, 1 par période de 5 années d'assurance
- vi) Examen des dysfonctions du système stomatognathique, 1 par 60 mois
- vii) Examen prosthodontique, 1 par 36 mois
- viii) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

Pour les enfants âgés de moins de 10 ans, ces frais sont remboursables à 100 % à raison d'un examen par période de 12 mois consécutifs;

b) Radiographies

Films intra-oraux

- i) pellicule périapicale
- ii) pellicule occlusale
- iii) pellicule interproximale
- iv) radiographie tissus mous

Films extra-oraux

- i) pellicule extra-orale
- ii) examen des sinus
- iii) sialographie
- iv) utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- v) articulation temporo-mandibulaire
- vi) pellicule panoramique, 1 par période de 36 mois

Film céphalométrique;

c) Tests et examens de laboratoire

- i) cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- ii) biopsies de tissu mou et de tissu dur;

- d) Test cytologique
 - i) frottis cytologique de la cavité buccale
 - ii) coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques;
- e) Modèle de diagnostic (est exclu si associé à un traitement de restauration)
 - i) non monté
 - ii) monté
 - iii) cirage de diagnostic;

Prévention

- a) Polissage de la partie coronaire des dents (1 fois par 9 mois)
 - i) dentition primaire
 - ii) dentition mixte
 - iii) dentition permanente;
- b) Détartrage, 1 fois par 9 mois;
- c) Application topique de fluorure pour les enfants âgés de moins de 14 ans, 1 fois par période de 9 mois;
- d) Analyse de la diète et recommandation, 1 fois à vie;
- e) Instruction initiale d'hygiène buccale, 1 fois à vie;
- f) Reprise des soins d'hygiène buccale, 1 fois à vie;
- g) Programme de contrôle de la plaque dentaire, 5 fois par année d'assurance;
- h) Finition des obturations;
- i) Ablation de surplus de matériau obturateur sous-gingival;

- j) Scellants de puits et fissures, seulement sur les dents postérieures permanentes des enfants âgés de moins de 14 ans, une fois par période de 36 mois pour une même dent;
- k) Application topique d'un antimicrobien;
- l) Meulage interproximal pour les enfants âgés de moins de 14 ans, 2 fois par année d'assurance;
- m) Améloplastie (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance);

Appareils de maintien

- a) Appareil de maintien préfabriqué, sur bagues, fixe, unilatéral;
- b) Appareil de maintien, fixe, unilatéral;
- c) Arc lingual soudé (bilatéral);
- d) Appareil de maintien - pontique attaché à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes;
- e) Arc lingual amovible – arc d'Ellis;
- f) Couronne en acier ou bague
 - i) avec attachement unilatéral
 - ii) avec attachement intra-alvéolaire;
- g) Appareil de maintien amovible en acrylique pour les enfants âgés de moins de 14 ans, 1 fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée;
- h) Appareil de maintien amovible - pontique lié par mordançage, pour les enfants âgés de moins de 14 ans, 1 fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée;

Restauration mineure

- a) Restauration en amalgame;
- b) Restauration en composite (l'équivalent de l'amalgame est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires);
- c) Restauration préventive en résine;
- d) Facette fabriquée au fauteuil, 1 fois par période de 60 mois pour une même dent;
- e) Tenons par restauration, une même surface ou classe sur une même dent est remboursée 1 fois par période de 12 mois;
- f) Recimentation d'un fragment de dent brisée;

Endodontie

- a) Urgence endodontique
 - i) Pulpotomie
 - réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption
 - ouverture de la dent (trépanation d'une couronne);
 - ii) Pulpectomie d'urgence
 - dent primaire (y compris trépanation de la couronne)
 - pansement sédatif;
- b) Traumatisme endodontique
 - i) pansement sédatif avec utilisation d'une matrice pour la rétention et le support
 - ii) meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - iii) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct
 - iv) reposition d'une dent déplacée par traumatisme;

- c) Traitement endodontique général
 - i) préparation de la dent en vue d'un traitement
 - ii) traitement de canal
 - iii) retraitement de canal;
- d) Apexification;
- e) Chirurgie endodontique
 - i) apectomie
 - ii) obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - iii) apectomie et retraitement de canal conjoint, avec ou sans obturations rétrograde
 - iv) amputation de racine
 - v) hémisection
 - vi) réimplantation intentionnelle;

Traitements parodontaux

- a) Gestion ou traitement d'une inflammation, d'une infection aiguë ou d'autres affections;
- b) Désensibilisation;
- c) Chirurgie parodontale, sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée;
- d) Jumelage, sauf jumelage avec treillis de type Maryland;
- e) Services complémentaires
 - i) équilibration mineure, 3 fois par année d'assurance
 - ii) équilibration majeure, une fois par année d'assurance
 - iii) appareil parodontal, 1 fois par période de 60 mois;

Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible

- a) Empreinte pour le modèle réfractaire;
- b) Réparations avec ou sans empreinte;
- c) Ajouts de structure à un partiel;
- d) Nettoyage et polissage d'une prothèse;
- e) Rebasage, regarnissage;
- f) Garnissage temporaire thérapeutique;
- g) Obturateur palatin;

Réparation de pont fixe

Réparation (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier);

Chirurgie buccale

- a) Ablation de dent ayant fait éruption sans complication;
- b) Ablation chirurgicale complexe, dent ayant fait éruption, dent incluse et racine. *Acceptation de la demande de l'assureur avec radiographie à l'appui;*
- c) Alvéolectomie;
- d) Alvéoloplastie, stomatoplastie;
- e) Ostéoplastie;
- f) Tubéroplastie;
- g) Ablation de tissu hyperplasique;
- h) Ablation de surplus de muqueuse;

- i) Reconstruction du procès alvéolaire;
- j) Extension des replis muqueux;
- k) Ablation de tumeur ou de kyste;
- l) Incision et drainage;
- m) Réduction de fracture;
- n) Frénectomie;
- o) Dislocation de la mandibule;
- p) Traitement des glandes salivaires;
- q) Retrait d'un corps étranger dans le sinus maxillaire;
- r) Lavage, sinus maxillaire;
- s) Fermeture d'une fistule oro-antrale;
- t) Contrôle d'hémorragie;
- u) Traitement post-chirurgical;

Services généraux

Anesthésie locale.

FRAIS DE RESTAURATION MAJEURE – MODULE C

Restauration majeure et prothèse fixe

- a) Aurification, 1 fois par période de 60 mois pour une même dent;
- b) Incrustation, 1 fois par période de 60 mois pour une même dent
 - i) en or
 - ii) tenon de rétention dans l'incrustation
 - iii) en porcelaine ou en résine;
- c) Jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordantage à l'acide, 1 fois par période de 60 mois pour une même dent;
- d) Couronne, une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - i) en acier inoxydable préfabriquée
 - ii) en polycarbonate ou autre matériel similaire;
- e) Couronne individuelle
 - i) acrylique cuit
 - ii) Intermédiaire et transition, lorsque mise en bouche par un dentiste différent et non partenaire de celui qui a mis en bouche la couronne permanente
 - iii) porcelaine
 - iv) porcelaine métal
 - v) or, couronne complète
 - vi) or, couronne $\frac{3}{4}$;
- f) Corps coulé;
- g) Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires, une fois par période de 60 mois pour une même dent;

- h) Autres services
 - i) réparation de couronne ou de facette
 - ii) recimentation d'incrustation, de couronne, de facette ou de pivot, 2 fois par année d'assurance pour une même dent;
- i) Pivot préfabriqué;
- j) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne;

Prothèse amovible

- a) Prothèse complète
 - i) prothèse complète
 - ii) prothèse immédiate
 - iii) prothèse immédiate de transition
 - iv) prothèse hybride;
- b) Prothèse partielle amovible
 - i) prothèse partielle immédiate ou de transition
 - ii) prothèse partielle avec base acrylique
 - iii) prothèse partielle avec base coulée
 - iv) prothèse partielle avec attaches de précision
 - v) prothèse partielle coulée de type semi-précision
 - vi) prothèse partielle hybride, base coulée
 - vii) prothèse partielle, réfection
 - viii) ajustement d'une prothèse;

Pont fixe

- a) Pontique (sauf acrylique fabriqué durant la guérison [de transition] et acrylique temporaire, acide-liant aux dents adjacentes);
- b) Pont papillon (Maryland, Rochette ou autre);

- c) Pilier incrustation;
- d) Pilier (sauf acrylique fabriqué durant la guérison [de transition] et barre de rétention par des vis aux implants pour recevoir la prothèse);
- e) Autres services de prothèse
 - attache de précision.

Restrictions

Lorsque dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires approuvé par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'adhérente le mot « sextant » ou « quadrant » est employé dans la description d'un traitement, le ou les codes correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants ou 4 quadrants, selon le cas, par année civile, par personne assurée.

Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) a été sujette à prestations, aucune prothèse de remplacement n'est sujette à prestations si elle est posée dans les 60 mois de l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition, (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

Limitations

Les frais pour le remplacement de prothèses ne sont admissibles que s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que :

- 1) le remplacement est nécessaire par suite de l'extraction des dents naturelles; ou que
- 2) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins 5 ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut être réparée de façon satisfaisante; ou que

- 3) la prothèse actuelle est un dentier temporaire et son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et a lieu dans un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

Frais engagés hors du Canada en cas d'urgence

Les frais engagés hors du Canada pour soins dentaires d'urgence sont admissibles dans la mesure où ils sont raisonnables et correspondent aux honoraires courants généralement pratiqués dans la région où les soins sont prodigués, à condition que les frais soient remboursables dans la province du domicile de l'adhérente. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires approuvé par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'adhérente en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Exclusions

Sont exclus de la présente garantie :

- 1) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- 2) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale ou programme gouvernemental auquel elle pouvait être admissible;
- 3) les frais effectivement payés en vertu d'un régime public d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois, régimes ou programmes y compris les frais qui auraient été payés si le fournisseur de fournitures, soins ou services avait choisi de participer au régime ou au programme concerné;
- 4) les frais engagés pour des fins esthétiques;

- 5) les frais engagés résultant de blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 6) les médicaments, produits, appareils, services ou fournitures utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- 7) les actes, traitements, prothèses, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant;
- 8) les frais résultant de la participation active à des actes criminels;
- 9) les frais en rapport avec une insurrection, une émeute ou une guerre.

RÉGIME DE CONGÉS DE MATERNITÉ

L'adhésion au régime de congés de maternité est automatique pour toute employée rencontrant les conditions d'admissibilité et dont l'employeur a adhéré au régime d'assurance collective mis sur pied par le Ministère.

DÉFINITIONS

Administrateur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Début du congé de maternité

Le congé de maternité débute à la première des dates suivantes :

- La date de l'accouchement;
- La date à laquelle débute le paiement des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

Effectivement au travail

Le fait pour une employée d'être présente à son lieu de travail et d'exercer toutes les fonctions inhérentes à son poste, selon son horaire habituel et normal de travail.

Employée

Toute personne salariée au service d'un employeur et dont la semaine régulière de travail auprès de cet employeur est d'au moins 20 heures par semaine dans le même statut d'emploi, soit comme titulaire d'un poste permanent, soit comme non titulaire d'un poste permanent.

Aux fins du présent régime, l'actionnaire-salariée et la propriétaire-salariée ne sont pas reconnues comme employée, de même que la personne responsable d'un service de garde en milieu familial reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, la personne qui l'assiste ou toute autre personne qu'elle emploie.

Employeur

Participant au régime d'assurance, tout titulaire d'un permis de centre de la petite enfance délivré en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance ou d'un permis de garderie ainsi délivré qui reçoit une subvention en vertu de l'article 90 de cette loi, ainsi que la personne morale agréée à titre de bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

Jour ouvrable

Journée de travail selon l'horaire habituel de l'adhérente.

Ministère

Ministère de la Famille.

Mois de service

Période comprise entre le quantième d'un mois et le même quantième du mois suivant.

Régime d'assurance

Régimes d'assurance collective et de congés de maternité du personnel des centres de la petite enfance et des garderies subventionnées du Québec souscrit par le Ministère.

RQAP

Régime québécois d'assurance parentale établi en vertu de la Loi sur l'assurance parentale.

Retour au travail

Le fait pour une employée d'être effectivement au travail après une période d'absence.

Salaire hebdomadaire de base

Salaire hebdomadaire de base moyen versé par l'employeur au cours des 20 dernières semaines précédant la date du début du congé de maternité ou du retrait préventif de l'employée. Si pendant cette période, l'employée a reçu des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada établies à un certain pourcentage de son salaire régulier, il est entendu qu'aux fins du calcul de son salaire hebdomadaire de base utilisé pour son congé de maternité, on réfère au salaire hebdomadaire de base à partir duquel de telles prestations ont été établies.

Aux fins du régime de congés de maternité, le salaire est limité au maximum prévu au régime d'assurance.

Service continu

Période pendant laquelle une employée exerce un travail d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un employeur, sans aucune interruption sauf celles prévues au paragraphe « ADMISSIBILITÉ ». Selon le statut d'emploi cette période est de :

- 1) 18 mois consécutifs pour une employée titulaire d'un poste permanent;
- 2) 24 mois consécutifs pour une employée non titulaire d'un poste permanent,

peu importe la période de probation.

ADMISSIBILITÉ

Les employées titulaires d'un poste permanent qui ont complété 18 mois de service continu sans aucune interruption auprès du même employeur de même que les employées non titulaires d'un poste permanent qui ont complété 24 mois de service continu sans aucune interruption auprès du même employeur, qui satisfont aux conditions d'admissibilité du régime d'assurance, sont admissibles au régime de congés de maternité si, à la suite de la présentation d'une demande de prestations de maternité en vertu du RQAP, elles sont déclarées admissibles à de telles prestations.

Les 18 mois de service continu (ou 24 mois selon le cas) doivent être complétés auprès du même employeur, et ce, à compter de la date d'embauche de l'employée et au même statut d'emploi. Cependant, le nombre total de mois de service continu auprès du même employeur ne peut excéder 24 mois dans le cas de l'employée dont le statut d'emploi passe de temporaire à permanent et qu'il n'y a pas eu d'interruption de service durant ces 24 premiers mois d'emploi.

Les congés annuels rémunérés, les autres absences rémunérées par l'employeur (fériés, maladie et autres), les invalidités indemnisées par la CSST, la SAAQ, l'IVAC ou l'assurance emploi ou en vertu de l'assurance salaire de courte durée ou de l'assurance salaire de longue durée du régime d'assurance, les retraits préventifs indemnisés par la CSST et les congés de maternité (20 semaines pour l'employée admissible aux prestations de l'assureur et 18 semaines pour l'employée non admissible) n'interrompent pas le service continu.

Les absences reliées à des raisons autres que celles décrites précédemment interrompent le service continu, notamment, les congés sans solde, les congés parentaux, les prolongations de congé de maternité, les mises à pied temporaire, les arrêts de travail entre les remplacements.

Les employées en libération syndicale ou en congé d'adoption ainsi que les propriétaires/actionnaires salariées ne sont pas admissibles au régime de congés de maternité.

Les employées titulaires d'un poste permanent non admissibles au régime d'assurance en raison du nombre d'heures travaillées mais admissibles aux prestations de maternité du RQAP sont également admissibles aux prestations de maternité prévues au régime de congés de maternité.

PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION

La protection des employées admissibles dont l'employeur n'a pas adhéré au régime d'assurance entre en vigueur lors de la mise en vigueur de ce dernier régime chez leur employeur, et ce, pour les congés de maternité ayant débuté à ou après la date de cette mise en vigueur.

Les employées n'ayant pas satisfait aux conditions d'admissibilité au moment de l'adhésion de leur employeur au régime d'assurance, voient leur protection prendre effet à la date où elles satisfont à ces conditions, et ce, pour des congés de maternité débutant à cette dernière date ou après celle-ci.

PROTECTION

Si une employée admissible en fait la demande, l'administrateur lui verse, durant les 20 premières semaines du congé de maternité, une indemnité égale à la différence, si positive, entre 93 % du salaire hebdomadaire de base et les prestations de maternité et parentales maximales que l'employée reçoit ou pourrait recevoir du RQAP pour ces 20 premières semaines.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Si une employée choisit de ne pas recevoir les prestations parentales pour la période résiduelle des 20 premières semaines de son congé de maternité, l'indemnité du régime de congés de maternité est calculée selon les prestations parentales maximales qu'elle aurait eu droit de recevoir.

Si une employée retourne au travail au cours des 20 premières semaines de son congé de maternité, l'indemnité du régime de congés de maternité cesse à la date de son retour au travail.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Le total des prestations que reçoit l'employée en vertu du présent régime, du RQAP et de toute autre source, ne doit en aucun cas dépasser 93 % du salaire hebdomadaire de base, tel que défini au présent régime.

Si tel est le cas, les prestations versées en vertu du régime de congés de maternité sont réduites de tel excédent.

AUCUN DROIT ACQUIS

Les indemnités prévues de congés de maternité sont uniquement versées à titre de complément aux prestations du RQAP.

Le versement de ces dites indemnités ne confère en rien un droit acquis.

TERMINAISON DE LA PROTECTION

La protection de l'employée prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette employée en vertu du régime d'assurance;
- b) la date à laquelle l'employée quitte son emploi;
- c) la date à laquelle l'employée cesse d'être admissible au régime d'assurance;
- d) la date à laquelle l'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance.

FIN DES PRESTATIONS

Les prestations versées par l'administrateur en vertu du régime de congés de maternité cessent à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'employée est effectivement au travail;
- b) la date à laquelle l'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Régime de congés de maternité

Toute demande de prestations doit être produite par écrit à l'administrateur par le biais du formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de son employeur, et ce, une fois que la demande de prestations de l'employée au RQAP aura été acceptée.

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

Toutes les prestations sont payables en monnaie légale du Canada.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**

200, rue des Commandeurs

**Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au numéro de téléphone sans frais suivant : 1 855 838-2585.

Vous pouvez consulter la présente brochure sur notre site internet à l'adresse suivante : www.dsf.ca

Pour y accéder,

- 1) Dans la section Accès sécurisés, choisissez « Adhérents – Assurance collective » et cliquez sur « Entrer ».
- 2) S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur « Inscrivez-vous maintenant » et suivez les instructions.
- 3) Si vous êtes déjà inscrite, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur « Confirmer ».
- 4) Dans la section Je me renseigne, cliquez sur « Information sur votre régime ».
- 5) Cliquez sur l'hyperlien « Information sur le régime » et consultez la brochure à votre guise.

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

MC Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Ce document est imprimé sur du papier Cascades Rolland Enviro100.

