



Votre régime d'assurance collective



**POUR L'INDUSTRIE D'INSTALLATION
D'ÉQUIPEMENT PÉTROLIER DU QUÉBEC
CONSTITUÉE EN VERTU DU DÉCRET N° 573-76**

et amendements intervenus entre

**L'ASSOCIATION DES ENTREPRENEURS
PÉTROLIERS DU QUÉBEC INC.**

et

**LES MÉTALLURGISTES D'AMÉRIQUE,
LOCAL 9324 MONTRÉAL (QUÉBEC)**

Polices n° E012-1

Votre régime d'assurance collective

**Pour L'INDUSTRIE D'INSTALLATION
D'ÉQUIPEMENT PÉTROLIER DU QUÉBEC
CONSTITUÉE EN VERTU DU DÉCRET N° 573-76**

et amendements intervenus entre

**L'ASSOCIATION DES ENTREPRENEURS
PÉTROLIERS DU QUÉBEC INC.**

et

**LES MÉTALLURGISTES D'AMÉRIQUE,
LOCAL 9324 MONTRÉAL (QUÉBEC)**

Polices n° E012-1

Pour informations

**Comité paritaire d'installation d'équipement pétrolier du Québec
993, montée Masson, Terrebonne (Québec) J6W 3A3
Téléphone : (450) 492-0688**

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} septembre 1993. 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} août 2019. 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.

TABLE DES MATIÈRES

Tableau des garanties	1
Assurance vie de base	5
Assurance vie des personnes à charge.....	5
Assurance en cas d'accident.....	6
Assurance salaire de courte durée.....	12
Assurance salaire de longue durée	13
Assurance accident maladie.....	15
Assurance voyage	25
Dispositions générales	31

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie de base

1 fois le salaire annuel, le produit arrondi au prochain multiple de 1 000 \$
s'il n'est déjà un tel multiple
(somme assurée maximale : 100 000 \$)

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 70 ans.

Assurance en cas d'accident

1 fois le salaire annuel, le produit arrondi au prochain multiple de 1 000 \$
s'il n'est déjà un tel multiple
(somme assurée maximale : 100 000 \$)

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 70 ans.

Assurance vie des personnes à charge

Conjoint : 10 000 \$

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

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 70 ans.

Assurance salaire de courte durée

Rente hebdomadaire : 66 2/3 % du salaire hebdomadaire
(rente maximale égale au maximum des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi)

Délai de carence :

Début de la rente en cas d'accident : première journée d'invalidité totale.

Début de la rente en cas de maladie : huitième journée d'invalidité totale.

Début de la rente dans le cadre d'une cure de désintoxication ou une cure pour joueurs compulsifs admissible à un remboursement en vertu de la police d'assurance accident maladie : première journée d'absence du travail.

Début de la rente en cas d'hospitalisation : première journée d'invalidité totale.

Par hospitalisation, on entend

- a) tout séjour dans un hôpital à titre de patient interne pour une période minimale de 24 heures, ou
- b) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'employé subit une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Durée maximale :

Les prestations sont intégrées comme suit aux prestations de l'assurance emploi :

- les prestations sont payables par l'assureur jusqu'au samedi suivant la 4^e semaine complète de prestations payées d'invalidité totale (excluant le délai de carence);

- les prestations sont suspendues à compter du dimanche suivant la 4^e semaine complète de prestations payées d'invalidité totale, pour toute la durée de la période durant laquelle l'employé est admissible aux prestations en vertu de l'assurance emploi;
- lorsque l'employé n'est pas admissible ou cesse d'être admissible aux prestations payables en vertu de l'assurance emploi, l'assureur paie la prestation pour une période ne pouvant pas excéder un maximum de 26 semaines de prestations, incluant le nombre de semaines pour lequel des prestations d'invalidité sont payables ou auraient dû être payables à l'employé par l'assurance emploi, s'il y a lieu.

À cet égard, l'assureur considère que l'employé a droit aux prestations de l'assurance emploi tant que cet employé n'a pas fait la preuve qu'il n'y a pas droit.

La rente hebdomadaire est imposable.

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 65 ans.

Assurance salaire de longue durée

Rente mensuelle : 66 2/3 % du salaire mensuel
(rente maximale : 2 133,34 \$ par mois)

Début : après la fin des prestations d'assurance salaire de courte durée ou 26 semaines pour un employé non admissible à l'assurance salaire de courte durée

Durée maximale : jusqu'à 65 ans

La rente mensuelle est non-imposable.

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 65 ans.

Assurance accident maladie

Frais d'hospitalisation en général au Canada pour des soins de courte durée, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Frais d'hospitalisation au Canada pour des soins de longue durée en raison de convalescence, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sous réserve d'un maximum de 180 jours de convalescence par période d'hospitalisation.

Frais paramédicaux et médicaments :

- franchise individuelle ou familiale de 50 \$ par année civile
- frais paramédicaux admissibles remboursables à 80 %
- frais de médicaments admissibles :
 - 1) médicaments génériques : 80 % du prix du médicament 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 équivalent disponible sur le marché
 - 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

Frais pour soins de la vue :

- aucune franchise
- Examen de la vue : frais admissibles remboursables à 100 %

Frais d'assurance voyage :

- aucune franchise
- frais admissibles remboursables à 100 %

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE

Au décès d'un employé assuré, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'employé assuré peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

Lorsque l'assurance d'un employé âgé de moins de 65 ans se termine parce qu'il quitte son emploi, son assurance vie demeure en vigueur gratuitement durant les 31 jours qui suivent. Au cours de cette période de 31 jours, il peut, sans fournir de preuve d'assurabilité, transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, avec ou sans garantie d'assurance en cas d'accident, selon la protection d'assurance collective qu'il détenait. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'une personne à charge assurée, l'assurance vie des personnes à charge prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Cette somme est payable, dans l'ordre, soit à l'employé assuré, soit à son conjoint, soit aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.

ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT

L'assurance en cas d'accident prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

- 1) Lorsqu'un employé assuré subit, après le début de son assurance, l'une des pertes énumérées au TABLEAU DES PERTES ci-dessous, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer en plus de toute autre somme assurée prévue au contrat, un montant égal au pourcentage de la somme assurée prévue au TABLEAU DES GARANTIES, tel qu'il est indiqué au TABLEAU DES PERTES ci-dessous :

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
d'une main et de la vue d'un oeil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un oeil	67 %
de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	50 %
du pouce et de l'index ou de quatre doigts de la même main	33 %
Hémiplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Quadriplégie	100 %

2) **Réadaptation**

Si l'employé, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte, autre que la perte de la vie, pour laquelle un certain montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$, pourvu

- a) qu'une telle formation soit rendue nécessaire à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'employé d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité, et
- b) que les frais aient été engagés dans les 2 ans suivant la date de l'accident.

3) **Disparition**

Si l'employé assuré, pendant qu'il est couvert par la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, que ledit employé assuré a perdu la vie par suite de dommages corporels causés par l'accident.

4) **Exposition aux éléments**

Si l'employé assuré, pendant qu'il est couvert par la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, la perte est réputée être le résultat d'un accident.

5) **Transport et hébergement à l'égard de la famille immédiate**

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte, autre que la perte de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel et que cet employé assuré soit sous les soins réguliers d'un médecin (à l'exception de lui-même), l'assureur couvre les frais raisonnables d'hôtel et de transport, par la voie la plus directe, engagés par les membres de la famille immédiate de cet employé assuré pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ en vertu de la présente garantie, pour l'ensemble de ces frais.

6) **Rapatriement**

Si l'employé assuré décède par suite d'un accident survenant à au moins 100 kilomètres de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert par la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de l'employé assuré décédé pour l'enterrement ou la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de l'employé assuré au Canada, jusqu'à un maximum de 10 000 \$.

7) **Éducation spéciale**

Si les personnes à charge d'un employé assuré sont couvertes en vertu de la présente garantie à la date à laquelle l'employé assuré décède à la suite d'un accident et si un montant est payable à l'égard de cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert par la présente garantie, qui à la date de l'accident était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite à titre d'étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours qui suivent la date du décès de cet employé assuré.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires engagés aux fins de scolarité et les frais connexes, jusqu'à concurrence de 2 % du montant pour lequel l'employé assuré était couvert par la présente garantie à la date de son décès et un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année, jusqu'à concurrence de 4 années au total, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit ses études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

8) **Formation du conjoint**

Si le conjoint d'un employé assuré est couvert par la présente garantie à la date à laquelle l'employé assuré décède à la suite d'un accident et si un montant est payable à l'égard de cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais raisonnables et nécessaires qui ont été réellement engagés par ledit conjoint qui participe à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, à condition que

- a) le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- b) que ces frais soient engagés dans les 2 ans qui suivent la date de l'accident.

9) **Ceinture de sécurité**

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au TABLEAU DES PERTES, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- a) que la perte survienne lorsque l'employé assuré est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- b) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée;

- c) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

10) Transformation d'un logement ou d'un véhicule

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et s'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement dudit pourcentage du montant d'assurance) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

- a) les frais initiaux de transformation du logement de l'employé assuré pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;
- b) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'employé assuré, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes a) et b) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour l'ensemble de ces frais.

La présente garantie ne s'applique que si :

- a) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- b) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'employé assuré.

La perte doit survenir avant l'âge de 70 ans et au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

Lorsqu'un employé assuré subit plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie est limitée à la somme indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

En cas de décès accidentel, cette assurance est payable en supplément de l'assurance vie de base.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Lorsqu'un employé assuré de moins de 65 ans devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement de la rente hebdomadaire, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au présent contrat, la rente hebdomadaire payable à l'adhérent à l'égard de cette période est alors réduite de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement de la rente hebdomadaire commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la garantie :

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

La rente payable en vertu de cette garantie est réduite des rentes initiales payables à l'employé, en relation avec l'invalidité concernée, en vertu du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de toute loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles et de la loi sur l'assurance automobile du Québec ou du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/7 par jour d'invalidité.

Aucune rente ne peut se poursuivre après la plus tardive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé atteint l'âge de 65 ans;
- b) la date à laquelle l'employé a reçu au moins 15 semaines d'indemnités au total; (donc, si un employé devient totalement invalide après l'âge de 64 ans et 37 semaines, le versement de sa rente pourra se poursuivre après l'âge de 65 ans, et ce, jusqu'à ce que l'employé ait reçu 15 semaines d'indemnités au total, étant entendu que pour avoir droit au versement de la rente, l'employé doit demeurer totalement invalide durant cette période).

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un employé assuré de moins de 64 ans et 6 mois devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente mensuelle s'il demeure invalide après une certaine période, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement de la rente mensuelle, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au présent contrat, la rente mensuelle payable à l'adhérent à l'égard de cette période est alors réduite de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement de la rente mensuelle commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

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

La rente est diminuée des rentes initiales payables en vertu de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé. Elle est également réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 90 % du salaire mensuel brut de l'employé assuré au début de son invalidité totale si la rente est imposable ou 90 % du salaire mensuel net de l'employé assuré au début de son invalidité totale si la rente n'est pas imposable. Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- a) toute rémunération reçue de l'employeur;
- b) toute prestation reliée à l'invalidité concernée et provenant de tout organisme gouvernemental;
- c) toute somme provenant du régime de retraite de l'employeur.

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

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

ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

Frais hospitaliers

En cas d'hospitalisation au Canada, d'un employé assuré ou d'une personne à charge assurée, l'assureur rembourse les frais hospitaliers engagés selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Frais paramédicaux et médicaments

Lorsqu'un employé assuré doit engager des frais admissibles pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

Les frais admissibles ne sont remboursables qu'après déduction, pour chaque année civile, de la franchise prévue au TABLEAU DES GARANTIES. Les frais admissibles sont les frais engagés pour tout service ou article prévu ci-après, sous réserve de ce qui suit :

- a) Les services et articles énumérés de a) à f), h), k), p) u), v) à aa) inclusivement doivent être recommandés par le médecin traitant sinon les frais ne sont pas remboursés.
- b) Les frais sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- c) les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'employé ou de ses personnes à charge.

- d) Pour les personnes assurées domiciliées au Québec, pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'employé engage pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est de 750 \$ à l'égard de la franchise et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES REMBOURSABLES À 80 %

- a) Les services à domicile d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés ou auxiliaires sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ par année civile, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, étant entendu que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles;
- b) les services suivants, à condition qu'ils soient rendus sous la surveillance d'un médecin : électrocardiogrammes, radiographies et analyses de laboratoire, lorsqu'il s'agit de frais engagés à l'extérieur d'un hôpital; les ultrasons et les échographies sont également couverts, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 \$ par année civile par personne assurée;
- c) la location de béquilles, de chaise roulante conventionnelle (achat ou location, au choix de l'assureur), d'appareil d'assistance respiratoire et de lit d'hôpital régulier pour usage temporaire seulement;
- d) l'achat de prothèses externes et de membres artificiels si l'invalidité causant la perte du membre naturel est survenue lorsque l'assurance était en vigueur (à l'exclusion des prothèses dentaires, appareils auditifs, lunettes, lentilles cornéennes, sauf lorsque les articles concernés sont couverts par une garantie spécifique);

- e) l'achat de corsets orthopédiques, attelles, plâtres, bandages herniaires et autres appareils orthopédiques; les chaussures orthopédiques sont exclues à moins d'être spécifiquement couvertes en vertu d'autres dispositions de la présente garantie;
- f) l'achat (et la réparation) d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs, étant entendu que les frais engagés pour les piles ne sont pas admissibles;
- g) les frais de chambre et de pension pour une cure de désintoxication ou une cure pour joueur compulsif dans un établissement reconnu pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, jusqu'à concurrence de 80 \$ par jour, sous réserve d'un maximum viager de 2 500 \$ par personne assurée pour l'ensemble de ces services, étant entendu que les frais admissibles sont ceux qui sont engagés sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié et dans la mesure où la personne assurée reçoit effectivement un traitement curatif dans l'établissement en question;
- h) les frais pour l'achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, maximum 3 paires par année civile;
- i) les services d'une ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour); le transport aérien ou par train n'est couvert qu'en cas d'urgence pour une personne qu'on ne peut transporter autrement;
- j) les services professionnels d'un chirurgien dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, dommages subis après le début de l'assurance, à condition que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par accident;

- k) l'achat de chaussures orthopédiques jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par année civile par personne assurée; sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour une personne à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied et les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne; de plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible; l'achat de chaussures profondes jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par année civile par personne assurée, sont considérées comme profondes, les chaussures rattachées à des supports métalliques prescrits par le médecin traitant et qu'un régime provincial d'assurance maladie participe au règlement de la demande de prestations; enfin, pour être considérés comme admissibles à titre de frais engagés pour des chaussures orthopédiques ou profondes, les frais doivent être engagés sur recommandation du médecin traitant;
- l) les services d'un ostéopathe, d'un naturopathe ou d'un podiatre, à raison d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 500 \$ par année civile par personne assurée par spécialiste, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle;

Dans la province de l'Ontario, le remboursement des frais engagés auprès d'un podiatre ou d'un podologue s'applique, à compter de la première visite, à la partie des frais qui excède celle qui est couverte en vertu du régime provincial d'assurance maladie, sous réserve du maximum établi par visite. L'assureur exige une preuve attestant que ce maximum par visite a été atteint;

- m) les services d'un orthophoniste, d'un audiologiste ou d'un ergothérapeute, à raison d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 500 \$ par année civile par personne assurée par spécialiste, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle;

- n) les services de physiothérapie par un physiatre, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, pourvu que ces personnes soient membres en règle de leur corporation professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 500 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces services;
- o) les services d'un chiropraticien membre de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, à raison d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 500 \$ par année civile par personne assurée, étant entendu que les examens aux rayons X par un chiropraticien sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement de 50 \$ par année civile par personne assurée.

Dans la province de l'Ontario, le remboursement des frais engagés auprès d'un chiropraticien s'applique, à compter de la première visite, à la partie des frais qui excède celle qui est couverte en vertu du régime provincial d'assurance maladie, sous réserve du maximum établi par visite. L'assureur exige une preuve attestant que ce maximum par visite a été atteint;

- p) les services d'un masseur ou d'un massothérapeute sur recommandation médicale, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces services;
- q) les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés «Pr», «C», ou «N» dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur l'ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles en vertu du présent paragraphe, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des dites conditions pathologiques, soit les suivantes :

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

Pour les personnes assurées qui résident au Québec, sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes assurées si elles n'étaient pas couvertes en vertu d'un contrat collectif. Les frais ne sont pas limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus;

- r) pour les personnes assurées de 65 ans ou plus qui sont assurées en vertu du régime gouvernemental d'assurance-médicaments et qui sont admissibles en vertu de la présente police, les frais de médicaments admissibles sont :
 - i) les frais de médicaments et autres produits engagés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance-médicaments et qui sont couverts par la présente garantie;
 - ii) les frais engagés pour le paiement de la franchise exigée en vertu du régime gouvernemental d'assurance-médicaments;

- iii) les frais engagés pour le paiement de la partie de la coassurance qui est à la charge de l'employé en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments;
- s) les services d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un psychanalyste qui est membre de son association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 500 \$ par année civile par personne assurée, par spécialiste, étant entendu que les services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné;
- t) les médicaments et produits antitabac seront couverts pour les personnes assurées qui résident hors du Québec, de la même façon qu'ils le sont pour les résidents du Québec, conformément aux dispositions prévues en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments;
- u) les frais engagés pour des fins esthétiques, rendus nécessaires à la suite d'un accident survenant lorsque la personne est protégée en vertu de cette assurance, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ de frais admissibles par accident par personne assurée;
- v) l'achat de prothèses capillaire, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée;
- w) l'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réflexomètre), sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que son état nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles et d'un seul appareil par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs;
- x) l'achat ou la location d'un neurostimulateur T.E.N.S., à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs;

- y) l'achat de prothèse mammaire externe, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, jusqu'à concurrence de 350 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs; l'achat de deux soutiens-gorge pour prothèses mammaires par année civile, par personne assurée;
- z) l'achat de stérilet, à raison d'un stérilet par année civile, par personne assurée;
- aa) les frais engagés pour les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un de 20 \$ de frais admissibles par traitement, par personne assurée;
- bb) les frais engagés pour les rapports médicaux exigés par un tiers, à raison d'un montant payable de 50 \$ par rapport.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour le remboursement de certains médicaments. La liste de ces médicaments est disponible sur le site Web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur afin de s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur, notamment que les médicaments prescrits sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée et qu'ils démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés. Il est possible que l'assureur rembourse la valeur d'un médicament équivalent lorsqu'il existe un tel médicament équivalent moins cher disponible sur le marché. Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement afin de déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L'assureur peut exiger que la personne assurée participe à ces programmes.

Frais pour soins de la vue

Lorsqu'un employé assuré engage des frais pour soins de la vue pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais engagés à l'égard de ce qui est indiqué ci-après, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

- pour les examens de la vue par un optométriste ou par un ophtalmologiste, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 50 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Droit de transformation

Tout employé de moins de 65 ans dont l'assurance accident maladie prend fin parce qu'il cesse d'y être admissible peut transformer cette assurance en une assurance individuelle.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;
- la disponibilité des ressources locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'employé assuré et de ses personnes à charge.

Le service Info Accès-Santé est offert par l'entremise de Sigma Assistel.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS SANTÉ.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-2632
Ailleurs au Canada	1 877 875-2632

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée 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'assureur rembourse les frais admissibles conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

- 1) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent 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 couverte en vertu de l'assurance voyage.

- 1) Frais médicaux admissibles :
 - a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
 - b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
 - c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

2) Frais admissibles 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 Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, 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 Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- 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 famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;

- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale 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 immédiate ou compagnon de voyage 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 Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
 - 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 famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 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 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate 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 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.
- 6) Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;

- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas **d'urgence médicale**, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage.

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)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

OFFRE D'ASSURANCE EN CAS D'ANNULATION DE VOYAGE

L'assurance en cas d'annulation de voyage n'est pas incluse dans le régime d'assurance de l'employé, mais celui-ci peut l'obtenir auprès de l'assureur.

L'assurance en cas d'annulation de voyage rembourse les frais payés à l'avance ou certains frais supplémentaires qui doivent être engagés si des circonstances imprévisibles obligent à annuler le voyage ou à l'interrompre en cours de route.

La demande d'assurance en cas d'annulation de voyage doit être faite au cours des 7 jours suivant le dépôt initial consécutif à l'achat du voyage.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Québec	(418) 647-5459
Région de Montréal	(514) 285-7830
Ailleurs au Québec et au Canada	1 800 463-7830 (sans frais)

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ADMISSIBILITÉ

L'employé est admissible le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il compte le nombre d'heures de travail contributives qui doivent être accumulées afin de devenir assuré, selon les procédures adoptées par le Comité Conjoint.

Chaque employé ne peut avoir droit aux prestations que si son employeur a fait rapport en détail au Comité Conjoint de toutes les heures qu'il a travaillées et a remis au Comité Conjoint ses propres contributions et celles qu'il a déduites du salaire de son salarié. Dans le cas contraire, le Comité Conjoint étudiera toute réclamation à son mérite et prendra les décisions que la justice et l'équité lui imposeront.

Les personnes à charge d'un employé sont admissibles, soit à la même date que l'employé si elles sont déjà des personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.

DÉFINITIONS

Congé de maternité : toute période d'absence du travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail qui est applicable dans la province de résidence de l'adhérente. Le congé de maternité se compose d'un congé volontaire et d'un congé dit « congé de maladie ». Ce congé de maladie débute le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). L'adhérente est considérée en congé de maternité pendant toute la période où elle reçoit des prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale. Si elle s'absente du travail en raison d'une invalidité totale ayant débuté avant ou pendant une grossesse, elle est considérée en congé de maternité en conformité avec toute loi fédérale ou provinciale à cet effet.

Congé parental : toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, au sens de toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales : toute période d'absence du travail prise par l'adhérent au sens de toute loi provinciale ou fédérale ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, réside au Canada et :

- a) est légalement mariée ou unie civilement à un employé;
- b) vit conjugalement avec l'employé depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit conjugalement avec l'employé, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'employé à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente police;
- b) le conjoint à qui l'employé est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un employé.

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

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'employé ou le conjoint de l'employé exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;

- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur
- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b), dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'employé ou de conjoint d'un employé, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement de l'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

Frais usuels et raisonnables : les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Médicament équivalent : un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à l'assurance est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admission.

Tout employé admissible doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion pour lui-même et ses personnes à charge, au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la date à laquelle il y devient admissible.

Si l'employé admissible n'est pas au travail, par cause de maladie, le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

L'assurance de toute personne à charge admissible entre en vigueur, si elle n'est pas alors hospitalisée, à la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé admissible remplit la demande d'assurance des personnes à charge;
- b) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.

Si l'employé n'est pas au travail, par cause de maladie, le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions. De même, si une personne à charge est hospitalisée le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, elle ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'employé (à l'exception de la garantie d'assurance médicaments, s'il s'agit de l'une des personnes à charge d'un employé domicilié au Québec). Le début de l'assurance des médicaments ne peut toutefois pas être retardé parce que la personne à charge est hospitalisée.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé assuré ou de toute personne à charge assurée prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet employé ou pour cette personne à charge;

- c) la date à laquelle l'employé quitte son emploi, sous réserve de l'application de toute disposition prévoyant un maintien d'assurance en vigueur en raison d'une continuation d'admissibilité, selon ce qui est prévu au contrat;
- d) la date à laquelle l'assurance doit prendre fin pour la garantie concernée, selon ce qui est prévu au TABLEAU DES GARANTIES;
- e) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si l'assurance d'un employé assuré se termine pendant qu'il est totalement invalide, il peut avoir droit à des prestations d'assurance salaire, selon les dispositions du contrat.

Chaque employé reçoit un crédit d'une heure pour chaque heure de travail pour laquelle des contributions sont effectuées au régime de sécurité sociale.

À la fin de chaque mois, des heures d'assurance seront déduites des crédits de chaque employé, selon le nombre d'heures établies et publiées par le Comité et modifiées au besoin selon les coûts du régime de sécurité sociale.

Chaque employé demeure assuré aussi longtemps qu'il travaille le nombre minimum d'heures requises afin de demeurer assuré, selon le tableau publié par le Comité. Toutefois, si durant un mois, un employé n'atteint pas ce minimum, son assurance se terminera à la fin de ce mois à moins qu'il n'ait accumulé à son crédit à la fin du mois le nombre minimum d'heures de travail requises afin de demeurer assuré, selon le tableau publié par le Comité. Dans ce cas, l'employé demeure assuré pour la période indiquée dans ce tableau relative au nombre d'heures de travail à son crédit.

Le crédit d'un employé est égal au total accumulé des heures contributives de travail moins les heures requises selon le tableau publié par le Comité afin d'assurer l'employé pour chaque mois pendant lequel il est protégé par le régime.

À la terminaison de son assurance, l'employé aura le droit de prolonger son assurance, sauf l'assurance salaire, pour un période spécifiée dans les procédures adoptées par le Comité Conjoint, pourvu que :

- i) à la date de sa demande de prolongation d'assurance, il soit assuré en vertu de la présente police;
- ii) la prime mensuelle soit versée à l'assureur pour chaque mois d'assurance.

Pour toute période d'invalidité totale débutant pendant l'interruption de travail, l'invalidité sera réputée avoir commencé le jour où l'employé serait normalement retourné au travail après l'interruption de travail.

Si l'employé assuré engage pour lui-même ou une personne à charge assurée des frais hospitaliers ou paramédicaux après la fin de son assurance, il peut avoir droit au remboursement d'une partie de ces frais, selon les dispositions du contrat.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ

Au décès de l'employé et sous réserve des dispositions prévues à la police, l'assurance des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) le dernier jour du troisième mois qui suit la date du décès de l'employé;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'employé;
- 3) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'employé n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

INVALIDITÉ TOTALE

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'employé assuré d'accomplir les tâches normales de sa fonction et exige des soins médicaux continus, et qui, s'il persiste plus de 24 mois sans nécessairement exiger des soins médicaux continus, empêche alors complètement l'employé assuré d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir. Lorsque des soins médicaux sont nécessaires et qu'ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ils doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle.

Des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule période d'invalidité, en autant qu'elles résultent de mêmes causes et qu'elles soient séparées par une période de moins de 31 jours consécutifs pendant lesquels l'employé a repris son travail à plein temps et à plein salaire durant les 26 premières semaines d'invalidité totale, ou qui, par la suite, sont séparées par une période de moins de 6 mois consécutifs pendant lesquels il a repris son travail à plein temps et à plein salaire.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un employé assuré devient totalement invalide avant l'âge de 65 ans, ses garanties d'assurance vie, d'assurance en cas d'accident, d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance salaire de courte durée, d'assurance salaire de longue durée et d'assurance accident maladie sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter du premier jour du mois qui suit le début de l'invalidité totale et jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- b) la date à laquelle l'employé atteint 65 ans;
- c) pour l'assurance en cas d'accident, l'assurance salaire de courte durée et l'assurance accident maladie, en plus des dates susmentionnées, la date de la fin du contrat;

- d) pour l'assurance accident maladie, en plus des dates susmentionnées, la date à compter de laquelle 12 mois d'exonération ont été complétés à l'égard de toute invalidité.

Les dispositions du régime concernant toute augmentation de la somme assurée cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Les garanties d'assurance faisant partie du régime décrit dans le présent document comportent les exclusions, restrictions et limitations suivantes.

Assurance en cas d'accident

- 1) L'assureur ne verse pas la somme assurée en cas d'accident si la perte que subit l'employé est attribuable à l'une des causes suivantes, que ce soit directement ou indirectement et entièrement ou partiellement :
- a) suicide, tentative de suicide ou blessures que l'employé s'est infligées intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) commission ou tentative de commission par l'employé d'un acte criminel, ou sa participation à tel acte;
 - c) participation active de l'employé à une émeute ou à une insurrection;
 - d) guerre ou guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
 - e) service actif dans les forces armées de tout pays;
 - f) envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, lorsque l'employé est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à ladite envolée;
 - g) 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;

- h) maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - i) traitement médical ou dentaire, intervention chirurgicale ou anesthésie;
 - j) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;
 - k) après le 70^e anniversaire de naissance de l'employé.
- 2) L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'employé conduit un véhicule motorisé, s'il est alors 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.
- 3) En vertu de la disposition relative à la RÉADAPTATION, aucun remboursement n'est effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement;
- 4) L'employé qui subit, dans le même accident, plusieurs des pertes indiquées au TABLEAU DES PERTES ne peut prétendre qu'aux prestations prévues pour la plus importante de celles-ci. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les prestations payables ne peuvent dépasser la totalité de la somme assurée payable mentionnée au TABLEAU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels les prestations payables ne peuvent dépasser 200 % de la somme assurée payable mentionnée au TABLEAU DES GARANTIES.

Assurance salaire de courte durée

L'assureur ne verse aucune indemnité pour des invalidités totales survenues :

- a) par suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
- b) par suite de la participation de l'employé à un crime ou à un attentat quelconque;

- c) pendant que l'employé est en service actif dans les forces armées;
- d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si l'assurance a été maintenue en vigueur, pendant la période en cause, conformément aux dispositions prévues à la section PROLONGATION DE L'ASSURANCE.

De plus, l'assureur ne verse aucune indemnité

- a) si l'employé n'est pas sous les soins continus d'un médecin;
- b) pendant toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'employé reçoit son salaire en tout ou en partie;
- c) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'employé reçoit le paiement de congés de maladie;
- d) au cours de la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité;
- e) au cours d'un congé parental ou familial.

Pour tout employé qui n'est pas couvert en vertu de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'assureur ne verse aucune indemnité pour une période d'invalidité totale résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Réduction

La rente hebdomadaire payable à l'adhérent pendant le congé de maladie du congé de maternité est réduite de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.

Assurance salaire de longue durée

- 1) L'assureur ne verse aucune indemnité pour une invalidité totale survenue :
 - a) par suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
 - b) par suite de la participation de l'employé à un crime ou à un attentat quelconque;
 - c) pendant que l'employé est en service actif dans les forces armées;
 - d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si l'assurance a été maintenue en vigueur, pendant la période en cause, conformément aux dispositions prévues à la section PROLONGATION DE L'ASSURANCE.

- 2) De plus, l'assureur ne verse aucune indemnité dans les cas suivants :
 - a) si l'employé n'est pas sous les soins d'un médecin;
 - b) à l'égard de toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, à moins que l'employé reçoive alors des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation à cet égard.
 - c) au cours de la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité;
 - d) au cours d'un congé parental ou familial.

Assurance accident maladie

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

- a) à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
- b) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- c) qui sont remboursés par une régie ou un organisme gouvernemental;

- d) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- e) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside l'employé ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- f) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- g) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus dans la description de la garantie;
- h) pour des soins de chirurgie esthétique;
- i) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- j) pour des lunettes, des lentilles cornéennes, des lunettes de soleil ou pour des lunettes ou lentilles cornéennes à des fins esthétiques;
- k) pour des produits et des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- l) pour les médicaments et les produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les médicaments et produits antitabac ne sont pas couverts;
- m) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été conçus;
- n) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères établis par l'assureur.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, médicaments ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Lorsque les frais ne sont que partiellement couverts par un régime provincial d'assurance maladie, l'excédent est remboursable sous réserve des dispositions de la loi et des dispositions prévues par la présente garantie.

En aucun cas les exclusions de la présente police ne doivent rendre le régime moins généreux en termes de prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ou que tout autre régime provincial d'assurance médicaments.

Restrictions applicables aux médicaments : L'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue 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 :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) 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;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées à un remboursement viager global de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Autres garanties

Les autres garanties faisant partie du régime décrit dans le présent document ne comportent pas d'exclusions, limitations ou restrictions qui leur sont particulières.

Limitations générales

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

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

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

En cas d'invalidité, de décès ou de mutilation

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

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

En cas de frais d'accident maladie

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

Lorsqu'elle engage des frais de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l'adhérent n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

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**

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com

— Fiers de soutenir la —



**Société
canadienne
du cancer**

cestmavie.cancer.ca

Fier allié de



fondsdesdecouvertes.ca

 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

^{MC} L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada** utilisées sous licence.