

---

## RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**CONTRAT 6000**

**assuré par**



**La Capitale**

assurances et gestion du patrimoine

**offert**

**aux personnes salariées  
représentées par**

**Le Comité paritaire  
intersectoriel FTQ**

(PRENEUR)

À jour au 1er janvier 2006

(Veuillez conserver cette brochure pour utilisation ultérieure)



Union des employés et employées de service

**SCFP**

Syndicat canadien de  
la fonction publique



---

---

---

Ce régime est offert  
aux personnes salariées travaillant  
dans les établissements :

**DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**DES SECTEURS DES COMMISSIONS SCOLAIRES  
ET DE L'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL**

**SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC (SIQ)**

**SOCIÉTÉ DE DÉVELOPPEMENT DES ENTREPRISES CULTURELLES  
(SODEC)**

**LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ**

**CONSEIL DES SERVICES ESSENTIELS**

**MUSÉE NATIONAL DES BEAUX-ARTS DU QUÉBEC**

**RÉGIE DE L'ÉNERGIE**

**SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'INFORMATION JURIDIQUE (SOQUIJ)**

et membres de l'un des syndicats affiliés à la FTQ suivants

- **Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)**
  - **Le Syndicat québécois des employés et employées de service,  
section locale 298**
  - **Le Syndicat des employées et des employés  
professionnels-les et de bureau - Québec (SEPB)**
  - **L'Union des employés et des employées de service,  
section locale 800**
  - **Le Syndicat canadien des officiers de la marine marchande  
(SCOMM)**
-

---

---

---

## **IMPORTANT**

**Le preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des garanties et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.**

**Cette brochure ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, le début et la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, pour en connaître davantage le contenu, vous pouvez consulter le guide administratif disponible chez votre employeur ou obtenir une copie de la police en communiquant avec le représentant syndical local.**

**Cette brochure est produite à titre d'information et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat.**

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

---

---

---

---

## TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
SOMMAIRE DES RÉGIMES .....	8
DESCRIPTION DES RÉGIMES .....	9
Assurance maladie de base .....	9
<b>Option I</b>	
- Régime optionnel d'assurance maladie complémentaire .....	13
<b>Option II</b>	
- Régime optionnel d'assurance soins dentaires .....	15
<b>Option III</b>	
- Régime optionnel d'assurance vie du participant actif et du retraité	
<i>Participant actif</i>	
- Garantie d'assurance vie de base du participant .....	26
- Garantie d'assurance vie additionnelle du participant .....	27
- Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant .....	27
- Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant .....	28
- Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du participant ....	29
<i>Retraité</i>	
- Garantie d'assurance vie du retraité .....	29
- Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité .....	30
- Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité .....	30
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX .....	31
ASSURANCE VOYAGE .....	54
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE .....	59
TABLEAU DES PRIMES .....	64

**Assureur** : La Capitale assureur de l'administration publique inc.

**Gestionnaire du contrat** : La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

---

## SOMMAIRE DES RÉGIMES

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

### **RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE**

-Hospitalisation :	100 %, chambre semi-privée
-Assurance voyage et assurance annulation de voyage :	100 %
-Médicaments et autres frais :	80 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé :	Différé

### **RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

-Psychologue, psychiatre, psychanalyste et travailleur social	50 % Certains maximums s'appliquent
-Autres professionnels de la santé, échographies, radiographies et thermographies	80 % Certains maximums s'appliquent

### **RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES**

-Frais de prévention :	80 %
-Frais de restauration de base :	80 %
-Frais de restauration majeure :	80 %
Maximum de remboursement :	1 000 \$ par année civile par personne assurée
-Prothèses amovibles :	80 %
Maximum de remboursement :	1 000 \$ par année civile par personne assurée
Service de paiement automatisé :	Direct

### **RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT ACTIF**

-Assurance vie de base du participant actif :	Moins de 65 ans : 1 fois le salaire annuel 65 ans et plus : 1/2 fois le salaire annuel
-Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles :	1 fois le salaire annuel
-Assurance vie additionnelle du participant actif :	1 à 5 fois le salaire annuel
-Assurance vie du conjoint ou des enfants à charge :	
. enfant à charge :	2 500 \$
. conjoint :	5 000 \$
-Assurance vie additionnelle du conjoint :	1 à 20 tranches de 5 000 \$

### **RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ**

-Assurance vie du retraité :	1 à 20 tranches de 5 000 \$
-Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge :	
. enfant à charge :	2 500 \$
. conjoint :	5 000 \$
-Assurance vie additionnelle du conjoint du retraité :	1 à 20 tranches de 5 000 \$



---

## DESCRIPTION DES RÉGIMES

### A - ASSURANCE MALADIE DE BASE (Participation obligatoire)

#### 1. Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale.

#### FRAIS REMBOURSÉS À 100 %

- a) Les frais hospitaliers engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une **chambre semi-privée** pour chaque jour d'hospitalisation selon les tarifs en vigueur dans la province où ils sont engagés et sans limite quant au nombre de jours.
- b) Les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'un **glucomètre**, d'un **réflectomètre**, ou d'un **dextromètre**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- c) Les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'un **appareil auditif ou d'une prothèse auditive**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.
- d) Dans le cas d'une **cure de désintoxication** reliée à l'alcoolisme ou à l'usage de la drogue excluant tout traitement relié au tabagisme, des frais admissibles sont prévus pour un séjour dans une maison officiellement reconnue à cette fin, sous réserve d'un remboursement maximal de 40 \$ par jour et de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.
- e) Les frais d'achat d'un **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.
- f) **Assurance voyage et assurance annulation de voyage**  
Les frais relatifs à ces garanties sont remboursables à 100 %, exempts de franchise. Des maximums s'appliquent. Une description complète de ces garanties se retrouve à la fin de la brochure.

---

**FRAIS REMBOURSÉS À 80 % POUR LE PARTICIPANT ET SES PERSONNES À CHARGE, LE CAS ÉCHÉANT, PUIS À 100 % LORSQUE L'ENSEMBLE DE CES FRAIS EXCÈDE 2 500 \$ AU COURS D'UNE MÊME ANNÉE CIVILE.**

- a) Les frais pour les **médicaments prescrits** sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, sous réserve des exclusions apparaissant ci-après. Nous entendons par médicament, les produits inclus dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'A.Q.P.P.) à l'exception des médicaments codés « V » ou « Z ».

Les produits suivants ne sont pas considérés comme médicaments :

- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- les substances ou aliments diététiques;
- les médicaments homéopathiques;
- les substances utilisées dans le but d'insémination, les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- les vaccins préventifs;
- les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- les laxatifs et antiacide stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif;
- les produits antitabac (sauf ceux figurant sur la liste de la RAMQ);
- les médicaments administrés à des fins esthétiques, sauf si nécessités à la suite d'un accident.

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

Pour tout médicament approuvé après le 1<sup>er</sup> janvier 1997, l'Assureur se réserve le droit, après entente avec le Comité :

- 
- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la Loi sur l'assurance-médicaments, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi;
  - de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.
- b) Le transport par **ambulance** (aller et retour au centre hospitalier), y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence ou lorsque requis médicalement.
- c) Les frais d'achat ou de remplacement de **membres artificiels, prothèses, bandages herniaires, bandages spéciaux (brûlures graves), corsets, béquilles, attelles, plâtres, yeux artificiels, bas de soutien** avec un taux de compression de 13 mm Hg et plus (maximum de 4 paires par année civile), engagés sous recommandation médicale et nécessités par la condition physique de la personne assurée.
- d) Les frais d'achat, de location ou de remplacement de **toute fourniture ou équipement requis par la condition physique** de la personne assurée, fabriqués par un orthésiste-prothésiste ou un autre professionnel spécialisé dans la fabrication de tels équipements ou fournitures et prescrits par un médecin (exemple : vêtement de compression pour brûlé, orthèse plantaire, genouillère, appareil pour asthmatique).
- e) Les frais de location d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** (modèle de base manuel excluant le matelas) et d'un **appareil respiratoire**.
- f) Les frais engagés pour les fournitures et services suivants rendus sous surveillance ou sur ordonnance médicale et non autrement remboursables :
- **orthophonie;**
  - **ergothérapie;**
  - **oxygénothérapie;**
  - **audiologie;**
  - **examens de laboratoire, y compris les bâtonnets et aiguilles dans le cas de diabète;**
  - **sérums et injections.**
- g) Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** si le traitement est médicalement requis; sujet à un maximum admissible de 20 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile par personne assurée.
- h) Les services professionnels d'un **dentiste**, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, subis après le début de l'assurance, à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

- 
- i) Les frais pour l'achat de **chaussures orthopédiques** 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 qui sont nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne; le coût des **orthèses** et des **additions ou modifications faites à des chaussures** est également admissible. Ces équipements doivent être fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P.35).
- j) Les frais pour un **examen de la vue** effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 40 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs.

k) **Transport et hébergement pour régions éloignées :**

Lorsque sur ordonnance médicale, une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponibles dans sa région, les frais suivants sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée :

- Si la situation nécessite un déplacement d'au moins 200 kilomètres du lieu de résidence de la personne assurée, les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile; toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- Les frais de logement engagés dans un établissement public jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Les frais admissibles doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport, s'il est fait en automobile.

Dans le cas où le participant détient une protection individuelle, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant et s'appliquer explicitement à ce dernier.

Dans le cas où le participant détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant ou ses personnes à charge et s'appliquer explicitement à ce dernier ou ces dernières.

Cette protection permet la présence d'un accompagnateur si la situation le justifie.

Les frais remboursés sont les frais en excédent de ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

---

## 2. Exclusions

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- pour l'achat des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement;
- pour l'examen de l'ouïe;
- pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé;
- du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit;
- pour des soins de chirurgie esthétique autres que ceux décrits précédemment;
- pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer;
- pour des frais payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif;
- dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager lorsque les frais sont reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils ont été engagés après que la recommandation a été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel;
- en cas d'hospitalisation pour soins prolongés, les frais de séjour dans un centre d'accueil ou tout établissement, incluant les centres hospitaliers fournissant le même type de service (hébergement) ne sont pas admissibles au remboursement;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie;
- ces exclusions s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage en plus de celles apparaissant dans la description de cette dernière.

### **B - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (Option I) (Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)**

NOTE : Les professionnels de la santé doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou doivent être reconnus par le Comité et l'Assureur. Ils doivent exercer dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

---

## 1. Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale.

### FRAIS REMBOURSÉS À 80 %

- a) Les services d'un **chiropraticien**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par jour, un seul traitement par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 400 \$ par personne assurée, par année civile. L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, étant entendu qu'un seul de ces deux services donne lieu à des prestations s'ils sont reçus la même journée.
- b) Les services professionnels d'un **infirmier ou d'un infirmier auxiliaire**, pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, à l'exception de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, à raison d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 4 000 \$ par personne assurée par année civile.
- c) Les services professionnels d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique** à l'exception de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 400 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes.
- d) Les services professionnels d'un **homéopathe**, d'un **ostéopathe**, d'un **naturopathe**, d'un **acupuncteur** ou d'un **diététiste**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 400 \$ par année civile par personne assurée, par spécialiste.
- e) Les services professionnels d'un **podiatre** ou d'une **infirmière en hygiène des pieds**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 400 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.
- f) Les services professionnels d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute**, d'un **kinothérapeute** ou d'un **massothérapeute**, à raison d'un traitement par jour et d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 400 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes.

- 
- g) Les frais pour les radiographies requises pour le traitement donné par un spécialiste couvert par le régime d'assurance maladie de base ou pour le régime optionnel I à raison d'un remboursement maximal de 40 \$ par personne assurée par année civile.
- h) Les frais d'**échographies** et de **thermographies**, à l'exclusion des échographies foetales, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 400 \$ par personne assurée par année civile, s'ils sont engagés sur prescription médicale.

#### **FRAIS REMBOURSÉS À 50 %**

Les services d'un **psychologue**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste** ou d'un **travailleur social professionnel**, sont remboursés jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Les services de psychiatres qui sont remboursables sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

#### **2. Exclusions**

Les exclusions de la garantie d'assurance maladie de base s'appliquent également à la garantie d'assurance maladie complémentaire.

### **C - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Option II) (Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)**

#### **1. Frais admissibles**

Les frais admissibles sont des frais raisonnables rendus et recommandés par un dentiste et dont le coût n'excède pas les tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en vigueur à la date à laquelle les services sont rendus.

*Les codes utilisés dans la description sont ceux du document intitulé "Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2003" de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes sont remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs de l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire qui s'ajoute pendant la durée du contrat et qui touche les frais décrits ci-après est automatiquement reconnu.*

---

L'Assureur rembourse 80 % des frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure décrits ci-après, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 1 000 \$ par personne assurée par année civile pour l'ensemble de ces frais.

L'Assureur rembourse 80 % des frais de prothèses amovibles décrits ci-après suite à l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou qu'il se soit écoulé au moins 4 ans depuis la pose initiale de la prothèse. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement de 1 000 \$ par personne assurée par année civile.

### **Description des frais de diagnostic**

Examen buccal clinique :

- a) examen complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01110, 01120, 01130);
- b) examen de rappel ou périodique jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01200);
- c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance-maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250);
- d) examen d'urgence (01300);
- e) examen d'un aspect particulier jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01400);
- f) examen parodontal complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500).

Limitation : un seul examen de rappel, d'un aspect particulier, périodique ou complet par période de 9 mois consécutifs est couvert. Toutefois, l'examen effectué par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste (admissible selon le tarif des chirurgiens dentistes) n'est pas sujet à cette limitation.

Radiographies :

- a) radiographies intra-orales;
  - i) radiographie périapicale (02111 à 02116)
  - ii) radiographie occlusale (02131, 02132)
  - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144)



---

b) radiographies extra-orales;

- i) pellicule extra-orale (02201, 02202)
- ii) examen des sinus (02304)
- iii) sialographie (02400)
- iv) substance radio-opaque (02430)
- v) articulation temporo-mandibulaire (02504)
- vi) pellicule panoramique (02600)
- vii) pellicule céphalométrique (02701, 02702)

c) interprétation de radiographies provenant d'une autre source (02800);

d) demande de duplicata d'une radiographie ou d'un dossier (02910);

e) radiographie de la main et du poignet comme aide-diagnostic au traitement dentaire (02915);

f) tomographie (02920, 02929).

Limitation : pas plus d'une séance de radiographies sera remboursable par période de 9 mois consécutifs; à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence ou effectuées lors d'un examen fait par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste; de plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

Tests et examens de laboratoire :

a) culture bactériologique pour déterminer les agents pathologiques (04100);

b) culture bactériologique pour déterminer la susceptibilité à la carie (04201);

c) biopsie du tissu mou ou du tissu dur (04302, 04311, 04312);

d) tests cytologiques (04401, 04402).

Modèles de diagnostic :

a) non montés (04500);

b) montés (04510, 04520);

c) cirage diagnostique (04730).

Présentation de cas / plan de traitement (05101);

---

Consultation (05200).

**Description des frais de prévention**

Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (11100, 11200, 11300);

Détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419);

Application topique de fluorure, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400);

Analyse de la diète et recommandation (13100);

Conseils d'hygiène buccale (13200, 13210);

Programme de contrôle de la plaque dentaire (13220);

Finition d'une obturation (13300);

Scellants des puits et fissures (13401, 13404);

Protecteur buccal (13510);

Meulage des dents :

a) meulage interproximal des dents (13700);

b) odontotomie prophylactique et/ou améloplastie (13710).

Appareils de maintien d'espace :

- sur bagues (15108 à 15111, 15120);

- sur couronne en acier (15200, 15210);

- appareil amovible (15400, 15410);

- avec mordançage à l'acide (15420).

---

## **Description des frais de restauration de base**

Restauration :

- dents primaires;
  - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
  - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordantage (21121 à 21125)
  - c) antérieure en composite lié par mordantage (23311 à 23315)
  - d) postérieure en composite lié par mordantage (23411 à 23415)
- dents permanentes;
  - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
  - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)
  - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordantage (21231 à 21235)
  - d) molaire en amalgame lié par mordantage (21241 à 21245)
  - e) antérieure en composite lié par mordantage (23111 à 23115, 23118)
  - f) facette (antérieure et prémolaire) (23121 à 23123)
  - g) prémolaire en composite lié par mordantage (23211 à 23215)
  - h) molaire en composite lié par mordantage (23221 à 23225)
- tenons pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304);
- supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous le crochet d'une prothèse partielle (21501, 23701);
- aurification (24101, 24102);
- incrustation;
  - a) en métal (25100, 25200, 25300, 25500)
  - b) en porcelaine, en résine ou en céramique (25121 à 25123, 25521)

- 
- tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604).

Chirurgie buccale :

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111);
- ablations chirurgicales;
  - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100)
  - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
  - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
  - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350)
  - e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
  - f) déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440)
  - g) énucléation d'une dent (72450)
- correction et remodelage des tissus buccaux;
  - a) alvéolectomie (73020)
  - b) alvéoloplastie (73100, 73110)
  - c) stomatoplastie (73123)
  - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
  - e) tubéroplastie (73150, 73151)
  - f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)
  - g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)
  - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)
  - i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)

- 
- j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
  - ablation d'une tumeur ou d'un kyste;
    - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109)
    - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410)
  - incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110);
  - ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361);
  - frénectomie (77801 à 77803);
  - traitement d'une hémorragie (79400, 79401).

Services généraux complémentaires :

- anesthésie locale (92110, 92120);
- anesthésie générale (coût de médicaments anesthésiques seulement) (92201, 92202);
- sédation consciente par inhalation (92310, 92311);
- visites professionnelles (94100, 94200, 94400).

### **Description des frais de restauration majeure**

Endodontie :

- carie / trauma / contrôle de la douleur;
  - a) pansement sédatif / coiffage indirect (20111, 20121)
  - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
- urgence endodontique;
  - a) pulpotomie (32201, 32202, 32210)

- 
- b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal)
    - i) ouverture à travers une dent naturelle (39201, 39202)
    - ii) ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine (39211, 39212)
  - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39905)
  - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
  - e) réimplantation d'une dent avulsée (39981)
  - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
  - préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120);
  - thérapie canalaire;
    - a) traitement de canal
      - i) un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
      - ii) deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
      - iii) trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
      - iv) quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
    - b) apexification
      - i) un canal (33521, 33531, 33541)
      - ii) deux canaux (33522, 33532, 33542)
      - iii) trois canaux (33523, 33533, 33543)
  - chirurgie endodontique périapicale;
    - a) apéctomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
    - b) apéctomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)
    - c) apéctomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
    - d) amputation de racine (34401, 34402)
    - e) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
    - f) hémisection (39230)
-

- 
- blanchiment d'une dent effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile par assuré pour toutes les dents;

- a) dents dévitalisées (39410)

- b) dents vivantes, au cabinet (97101, 97102).

Parodontie :

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200);
- application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile par assuré pour toutes les dents (41300);
- chirurgie parodontale;
  - a) curetage gingival et surfaçage radiculaire (42000, 42001)
  - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
  - c) fibrotomie (42330, 42331)
  - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
  - e) greffe :
    - i) tissus mous (42200, 42300, 42560, 42561)
    - ii) tissus osseux (42611, 42700, 42711)
  - f) Wedge proximal (mésial ou distal) (42400)
  - g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441)
  - h) visite de contrôle postopératoire pour changer un pansement (42720).
- traitements parodontaux d'appoint;
  - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260, 43280)
  - b) jumelages permanents (43290, 43295)
  - c) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)

- 
- d) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)
  - e) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
  - f) irrigation parodontale sous-gingivale (49211)
  - g) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229)

### **Description des frais pour prothèses amovibles**

Prothèses amovibles :

- prothèse complète;
  - a) standard (51100, 51110, 51120)
  - b) équilibrée (51201 à 51203)
- prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320);
- prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620);
- prothèse complète hybride;
  - a) standard (51701 à 51703)
  - b) équilibrée (51711 à 51713)
- prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232);
- prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223);
- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52530, 52541);
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620);
- prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630);
- prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702);



---

Ajustement d'une prothèse :

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

Réparations d'une prothèse complète ou partielle :

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

Nettoyage et polissage d'une prothèse (55700);

Duplicata d'une prothèse (56100, 56101);

Rebasage et regarnissage :

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232);
- rebasage (jump) (56260 à 56263, 56280, 56290);
- garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273).

Réfection d'une prothèse partielle (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé) (56411 à 56413).

### **Restrictions concernant les prothèses amovibles**

- Le remplacement d'une prothèse ou l'addition de dents à une prothèse amovible sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :
  - a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse, ou

- 
- b) qu'il se soit écoulé au moins 4 ans depuis la pose initiale de la prothèse.

#### **Limitations aux frais admissibles**

Aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- Les traitements dentaires effectués gratuitement ou que la personne assurée n'est pas tenu de payer.
- Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par un régime d'assurance maladie auquel la personne assurée a adhéré.

#### **Exclusions**

Aucune prestation n'est payable pour les frais de soins dentaires engagés :

- À l'intention d'une tierce personne;
- Lors de chirurgie esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence;
- Lors d'une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées.

### **D - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT ACTIF ET DU RETRAITÉ (Option III) (Participation facultative)**

#### **1. PARTICIPANT ACTIF**

##### **Garantie d'assurance vie de base du participant**

Le montant d'assurance vie de base payable au décès du participant est égal à :

- 1 fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de moins de 65 ans;
- 1/2 fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de 65 ans et plus.

---

### **Garantie d'assurance vie additionnelle du participant**

*NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.*

Un participant peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à 1 à 5 fois son salaire annuel selon son choix.

Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout pour le participant d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le participant meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

### **Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant**

*NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.*

Lorsqu'un participant subit l'une des pertes énumérées ci-dessous, et que cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que le participant soit protégé par la présente garantie à la date de l'accident, l'Assureur paie le pourcentage du salaire annuel indiqué ci-après, sans toutefois dépasser 100 % du salaire pour toutes les pertes relatives au même accident. Ce pourcentage est réduit de moitié lorsqu'un participant atteint l'âge de 65 ans.

Tableau des pertes	Pourcentage du salaire annuel
- Perte de la vie	100 %
- Perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux 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	50 %
- Perte de la vue d'un oeil	50 %
- Perte de chaque doigt	10 %

---

Par le mot "perte", on entend, pour ce qui est d'une main, d'un pied ou d'un doigt, la perte d'usage totale et définitive; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue. Lors d'une perte subie par un invalide, le pourcentage du salaire annuel demeure celui établi au début de l'invalidité. Pour fins d'assurance, l'invalide est considéré comme un retraité à compter de son 65<sup>e</sup> anniversaire.

Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie survient dans les cas suivants :

- alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef, sauf s'il est tenu de le faire dans l'exercice de ses fonctions tel que prévu à sa convention collective de travail et à son contrat individuel de travail;
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation à une insurrection réelle;
- en raison d'une tentative de suicide ou de suicide du participant ou d'une blessure ou d'une mutilation que le participant s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- lors de sa participation à un acte criminel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la Loi;
- alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- par suite d'une maladie ou d'une affection ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident.

**Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant**

*NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.*

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus;
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

---

### **Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du participant**

*NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du du conjoint ou des enfants à charge.*

Le participant peut opter pour un montant additionnel variant de 1 à 20 tranches de 5 000 \$ sur la vie de son conjoint. Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le conjoint meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

## **2 - RETRAITÉ**

### **Garantie d'assurance vie du retraité**

À compter de la date de prise de la retraite, le retraité continue d'être assuré sans preuves, selon son choix, pour un montant pouvant aller de 1 à 20 tranches de 5 000 \$, sans toutefois excéder le montant détenu immédiatement avant la date de sa retraite, à la condition d'en faire la demande à l'Assureur au cours de la période de 30 jours suivant la date de sa retraite.

Cependant, pour un participant à temps partiel ou en congé sans solde sans participation, dont le montant d'assurance en vigueur immédiatement avant la date de sa retraite est inférieur à 5 000 \$, ledit montant est réputé s'élever à 5 000 \$.

Un retraité peut réduire éventuellement le montant d'assurance choisi, mais ne peut l'augmenter. De plus, il peut terminer son assurance, dans lequel cas il ne peut réintégrer la garantie optionnelle d'assurance vie par la suite.

Un retraité assuré qui effectue un retour au travail peut conserver le montant d'assurance détenu comme retraité. Dans un tel cas, tout nouveau montant d'assurance vie à l'intention du retraité ou de ses personnes à charge auquel il a droit lorsqu'il cesse à nouveau d'être actif s'ajoute au montant d'assurance qu'il détient déjà. Le total de ces montants forme alors un seul montant d'assurance aux fins d'application des maximums prévus à la présente garantie (retraité et personnes à charge).

---

**Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité**

Le retraité peut conserver le montant d'assurance qu'il détenait dans le régime des actifs pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant, à la condition qu'il adhère lui-même à la garantie d'assurance vie du retraité.

L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus.
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

**Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité**

Le retraité peut conserver, en partie ou en totalité, le montant d'assurance vie additionnelle qu'il détenait sur la vie de son conjoint dans le régime des actifs, soit entre 1 et 20 tranches de 5 000 \$, à la condition qu'il adhère à la garantie d'assurance vie du retraité et à la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des personnes à charge.

Les taux sont ceux établis pour le montant d'assurance vie du retraité en tenant compte de l'âge du retraité et du sexe du conjoint. L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

***Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale***

Une personne assurée en vertu d'une des garanties du régime optionnel III dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

---

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### 1. Définitions

#### “Comité”

Le Comité paritaire intersectoriel - Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (CPI - FTQ).

#### “Invalidité de 48 mois et moins”

- a) **Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Société Immobilière du Québec (SIQ), pour La Corporation d’urgences-santé et pour le Musée national des beaux-arts du Québec** par invalidité, on entend un état d’incapacité résultant soit d’une maladie y compris un accident ou une complication d’une grossesse, soit d’une ligature tubaire, d’une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, soit d’un don d’organe faisant l’objet d’un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d’accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l’employeur.
- b) **Dans le secteur des commissions scolaires**, par invalidité, on entend un état d’incapacité résultant d’une maladie, y compris un accident à l’exclusion d’une lésion professionnelle, nécessitant des soins médicaux de même qu’une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, cet état d’incapacité rendant la personne salariée totalement incapable d’accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l’employeur et qui comporte une rémunération similaire.
- c) **Dans le secteur de l’enseignement collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC), pour la Régie de l’énergie ainsi que pour la Société québécoise d’information juridique (SOQUIJ)**, par invalidité on entend un état d’incapacité résultant d’une maladie ou d’un accident ou résultant directement d’une complication d’une grossesse ou d’une interruption de grossesse avant la 20<sup>e</sup> semaine précédant la date prévue pour la naissance, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée totalement incapable d’accomplir les tâches habituelles de sa fonction ou de toute autre fonction analogue et comportant un salaire similaire qui lui est offert par l’employeur. L’invalidité couvre également une incapacité résultant d’une hospitalisation pour intervention chirurgicale ou d’une intervention médicale au cabinet du médecin, liée à la planification familiale.

---

**d) Pour le Conseil des services essentiels (CSE),** par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication grave d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée incapable d'accomplir les fonctions habituelles de son emploi ou de tout autre emploi comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

**“Invalidité de plus de 48 mois”**

Par invalidité, on entend un état qui rend la personne totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, sa formation et son expérience.

Le participant n'est pas considéré invalide pour toute période d'invalidité au cours de laquelle il n'est pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à exercer la médecine sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, le participant invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur.

**“Participant”**

Un personne salariée ou une personne retraitée assurée en vertu du régime.

**“Période d'invalidité”**

**a) Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour La Corporation d'urgences-santé :** Pendant les 36 premiers mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse à la satisfaction de son employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au delà du 36<sup>e</sup> mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

**b) Dans le secteur des commissions scolaires et pour la Société Immobilière du Québec :** Pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu



---

de 22 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente. Au terme de la 104<sup>e</sup> semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

**c) Dans le secteur de l'enseignement collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) ainsi que pour la Régie de l'énergie :** Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est supérieure à 3 mois de travail) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

**d) Pour le Conseil des services essentiels ainsi que pour le Musée national des beaux-arts du Québec :** Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Malgré l'alinéa précédent, est considérée comme faisant partie de la même invalidité, toute période pour laquelle la personne salariée doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

Au terme de la 104<sup>e</sup> semaine, une période d'invalidité qui peut être interrompue par moins de six (6) mois de travail effectif à temps plein, s'il s'agit de la même invalidité.

**e) Pour la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ) :**  
À moins que le participant n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente, une période d'invalidité est :

---

- dans le cas où elle est inférieure à cinquante-deux (52) semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de quinze (15) jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein.

- dans le cas où elle est égale ou supérieure à cinquante-deux (52) semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de trente (30) jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein.

Malgré ce qui précède, est considérée comme faisant partie de la même invalidité toute période pour laquelle l'employé doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

**Note s'appliquant à tous les secteurs**

Une période d'invalidité résultant de maladie ou de blessure qui a volontairement été causée par la personne salariée elle-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne salariée reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réhabilitation est reconnue comme une période d'invalidité.

**“Personne assurée”**

Un participant ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu d'un des régimes.

**“Personne à charge”**

Le conjoint ou un enfant à charge d'un participant tel que défini ci-après.

**- Conjoint**

Une personne du même sexe ou de sexe différent qui, à la date de l'évènement donnant droit à des prestations :

a) est mariée ou unie civilement au participant, ou

b) vit maritalement avec un participant depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père d'un enfant du participant, ou

c) vit maritalement avec le participant et avait déjà ainsi vécu maritalement avec ce participant tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- 
- un jugement de divorce prononcé entre le participant et le conjoint dans le cas d'un mariage;
  - la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait.
  - la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si un participant a un conjoint répondant à la définition en a) et un autre conjoint répondant à la définition en b) ou c), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que le participant aura désigné par avis écrit.

- **Enfant à charge**

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

- une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exerce l'autorité parentale;
- une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- une personne majeure domiciliée chez le participant, sans conjoint, à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.
- une personne majeure, sans conjoint, atteinte de déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance-médicaments et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, qui est domiciliée chez le participant et sur laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

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

**Dans le secteur collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) ainsi que pour la Régie de l'énergie,** un enfant du participant, du conjoint ou des deux, comprend un enfant pour lequel une procédure d'adoption est entreprise.

---

**“Salaire ou traitement”**

- a) **Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Corporation d’urgences-santé** : le salaire à l’échelle, majoré, le cas échéant; des primes d’ancienneté et de disparités régionales, ainsi que la rémunération additionnelle concernant la formation postsecondaire prévue aux conditions particulières des infirmières, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire et tout paiement forfaitaire.
- b) **Dans le secteur de l’enseignement collégial** : le traitement, majoré des primes de disparité régionales, s’il y a lieu, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire.
- c) **Pour la Société immobilière du Québec** : le salaire est celui auquel la personne salariée a droit pour une semaine régulière de travail incluant les primes pour disparités régionales (isolement, rétention), à l’exclusion toutefois de toute prime, allocation, rémunération additionnelle, ajustement, etc.
- d) **Pour le secteur des commissions scolaires** : le taux de traitement qu’il reçoit au travail incluant également les primes pour disparités régionales (isolement, éloignement, rétention).
- e) **Pour le Musée national des beaux-arts du Québec** : le taux de traitement de la personne salariée est le taux horaire qui correspond à son classement, à l’exclusion de tout montant forfaitaire, majoration de traitement, supplément de traitement, rémunération additionnelle, prime, allocation, etc.
- f) **Pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)** : le taux de traitement, majoré s’il y a lieu, de la prime de chef d’équipe, et de l’allocation de disponibilité.
- g) **Pour le Conseil des services essentiels** : le traitement régulier de la personne salariée à l’exclusion de toute prime, montant forfaitaire ou rémunération additionnelle.
- h) **Pour la Régie de l’énergie et la Société québécoise d’information juridique (SOQUIJ)** : le traitement à l’intérieur des échelles à l’exclusion de toute prime et rémunération additionnelle.

**“Secteur de la santé et des services sociaux”**

Le secteur de la santé et des services sociaux comprend tous les centres exploités par les établissements publics au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2), les établissements privés conventionnés au sens de cette loi et tout organisme qui fournit des services

---

à un centre ou à des personnes bénéficiaires conformément à cette loi et est déclaré par le gouvernement être assimilé à un établissement tel que l'entend la Loi sur les services de santé et des services sociaux et représentés par les groupes d'employeurs : l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, les agences de la santé et des services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec.

## **2. Admissibilité**

### **2.1 Personne salariée**

#### **a) Secteur de la santé et des services sociaux ainsi que La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain**

- i) Personne salariée engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet :
  - emploi permanent : après 1 mois de service continu
  - emploi temporaire : après 3 mois de service continu
- ii) Personne salariée engagée à temps partiel, moins de 70 % du temps complet : après 3 mois de service continu.

Après 3 mois de service continu, la personne salariée devient alors visée par l'alinéa i) ou ii) selon le pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours de ces trois mois jusqu'au 1er janvier qui suit immédiatement.

#### **b) Secteur des commissions scolaires**

- Personne salariée à temps complet (70 % ou plus de la semaine régulière de travail) et personne salariée à temps partiel (moins de 70 % de la semaine régulière de travail) : à compter de son entrée en service auprès de l'employeur;
- Personne salariée temporaire ayant travaillé de façon continue au moins 6 mois depuis son embauchage ou dans le cadre de 2 ou plusieurs embauchages immédiatement contigus : à compter de l'application du délai de 6 mois précité;

- 
- Personne salariée travaillant auprès d'élèves handicapés intégrés partiellement ou totalement dans les classes régulières ainsi que les personnes salariées en service de garde (excluant les personnes salariées occasionnelles) : à compter de son entrée en service;
  - Personne salariée travaillant exclusivement dans le cadre de sessions de cours d'éducation aux adultes : aux conditions prévues dans la convention collective;

**c) Secteur de l'enseignement collégial ainsi que la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)**

- Personne salariée régulière : l'admissibilité a lieu à compter de sa date d'engagement.
- Personne salariée remplaçante ou occasionnelle : l'admissibilité a lieu après 6 mois de service continu.

**d) Société immobilière du Québec ainsi que le Musée national des beaux-arts du Québec**

- Personne salariée à temps complet ou 70 % et plus du temps complet : après 1 mois de service continu.
- Personne salariée travaillant plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet : après 3 mois de service continu.

**e) Conseil des services essentiels**

- Personne salariée admissible à compter de sa date d'engagement.

**f) Régie de l'énergie**

- Toute personne salariée est admissible après un mois de service continu.

**g) Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)**

- Un employé dont la semaine normale de travail est plus de 25 % du temps complet est admissible après un (1) mois d'ancienneté.

**2.2 Personne à charge**

Toute personne à charge d'un participant est admissible à l'assurance soit à la même date que le participant si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient si ultérieure.

---

## 2.3 Retraité

Toute personne salariée devient admissible au régime des retraités à compter de la date de sa retraite si elle était protégée dans le régime des actifs à cette date.

## 3. Participation

### 3.1 Assurance maladie de base

La participation est obligatoire pour toute personne salariée admissible ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve du droit d'exemption.

#### **Droit d'exemption**

Une personne salariée peut refuser ou cesser de participer pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, au présent régime à la condition qu'elles soient assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires. Le choix de la personne salariée peut aussi s'appliquer seulement aux personnes à charge et, dans un tel cas, les mêmes dispositions s'appliquent. Un tel choix demeure irréversible tant que la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, demeurent admissibles à cet autre régime.

#### **Terminaison du droit d'exemption (fin d'exemption)**

Une personne salariée ou ses personnes à charge le cas échéant, exemptée du régime de base peut mettre fin à son exemption; ceci s'applique également au participant invalide. Les conditions suivantes doivent être remplies **à la satisfaction de l'Assureur** :

- antérieurement à sa demande, la personne salariée doit établir qu'elle était assurée en vertu d'un régime d'assurance collective accordant une protection similaire;
- la personne salariée doit établir qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assuré par le ou les régimes lui ayant permis d'obtenir son droit d'exemption.

---

### **Participant âgé de 65 ans et plus**

Un participant âgé de 65 ans et plus peut s'exempter du régime d'assurance maladie de base s'il choisit d'adhérer au Régime général d'assurance-médicaments et ce choix est irréversible. Il peut toutefois adhérer à la police d'assurance maladie individuelle 3999 s'il le désire.

### **3.2 Régimes optionnels**

- A) Assurance maladie complémentaire (option I) et assurance soins dentaires (option II)

La participation est facultative pour chacun de ces régimes avec une durée minimale de participation de 36 mois pour tout participant et pour ses personnes à charge, le cas échéant, à compter de la date de prise d'effet de son assurance. Après cette période, le participant peut, en tout temps, cesser de participer à ce régime en avisant son employeur.

- B) Assurance vie du participant actif et du retraité

1 - Participant actif

#### **Garantie d'assurance vie de base du participant**

La participation est facultative.

#### **Garanties d'assurance vie additionnelle et d'assurance mort et mutilation accidentelles du participant et assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge du participant**

La participation est facultative pour chacune des garanties mais conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.

#### **Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du participant**

La participation est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base du participant et à l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge.



---

## 2 - Retraité

### **Garantie d'assurance vie du retraité**

La participation est facultative. Toutefois, advenant le décès du retraité avant l'expiration du délai de 30 jours au cours duquel il est admissible, il est présumé avoir adhéré à cette garantie en conservant le montant d'assurance vie qu'il détenait immédiatement avant sa retraite, sans excéder le montant maximum de 50 000 \$.

### **Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité - Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité**

La participation est facultative pour chacune de ces garanties, mais conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie du retraité.

### **Dispositions particulières pour le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Corporation d'urgences-santé**

La participation est facultative pour les personnes salariées à temps partiel qui travaillent 25 % ou moins du temps complet comme suit :

Au terme de la période de 3 mois de service continu, la nouvelle personne salariée à temps partiel qui travaille 25 % ou moins du temps complet peut accepter d'être couverte par les régimes optionnels. Cette acceptation doit être signifiée, par un avis écrit, dans les 10 jours de calendrier de la réception d'un avis écrit de l'employeur indiquant le pourcentage du temps travaillé au cours de la période de 3 mois de service continu.

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, la personne salariée, dont la prestation de travail a diminué à 25 % du temps complet ou moins au cours de la période du 1<sup>er</sup> novembre au 31 octobre de l'année précédente, peut cesser d'être couverte par les régimes optionnels, sauf si elle n'a pas complété la période de 36 mois requise dans le cas des régimes optionnels I et II. Cette cessation doit être signifiée, par un avis écrit, dans les 10 jours de calendrier de la réception d'un avis écrit de l'employeur indiquant le pourcentage du temps travaillé au cours de la période précédente.

Cependant, une personne salariée ne peut subir une révision à la baisse si la réduction de son temps de travail au cours de la période de référence, est due à un congé de maternité.

---

La personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet peut, au 1er janvier de chaque année, décider d'être couverte, de ne pas être couverte ou de cesser d'être couverte par les régimes optionnels. La modification doit être signifiée par un avis écrit transmis à l'employeur dans les 10 premiers jours de l'année. Toutefois, la participation aux régimes optionnels I et II, ne peut cesser qu'après la période minimale de participation de 36 mois.

Toute personne salariée admissible, non détentrice de poste n'ayant pas adhéré aux régimes optionnels peut le faire sans preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle obtient un premier poste permanent à temps partiel ou à temps complet.

### **3.3 Protection individuelle, monoparentale ou familiale**

#### **Assurance maladie de base**

L'assurance d'un participant entraîne celle de ses personnes à charge, s'il a choisi de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge (protection monoparentale) en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles.

Toutefois, il est possible pour un participant sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans et plus de modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un participant qui effectue un tel choix ne peut modifier sa protection par la suite pour couvrir le conjoint.

#### **Régimes optionnels**

Un participant assuré selon une protection individuelle peut choisir de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge (protection monoparentale) dès qu'il y a des personnes à charge ou dès que ses personnes à charge cessent d'être admissibles à un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires; l'assurance des personnes à charge prend effet à ce moment pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par la personne salariée et reçue par l'Assureur dans les 30 jours qui suivent.

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, le participant doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

Toute personne salariée qui s'est prévalu du droit d'exemption au régime d'assurance maladie de base peut choisir de s'assurer et d'assurer ses personnes à charge en vertu des régimes optionnels

---

en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle celles-ci deviennent admissibles.

Un participant ne peut être assuré pour une protection monoparentale ou familiale en vertu des régimes optionnels, s'il est assuré pour une protection individuelle en vertu du régime d'assurance maladie de base. Un participant assuré pour une protection monoparentale ou familiale en vertu du régime d'assurance maladie de base, peut cependant s'assurer pour une protection individuelle en vertu des régimes optionnels.

L'Assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale tout en excluant une personne de la famille suite à l'examen des preuves d'assurabilité.

De plus, la participation (individuelle, monoparentale, familiale) aux régimes optionnels doit être la même.

**À noter que la protection monoparentale ne s'adresse qu'aux participants n'ayant pas de conjoint.**

#### **4. Preuves d'assurabilité**

##### **Garanties d'assurance vie additionnelle pour le participant et son conjoint**

Tous les montants d'assurance vie additionnelle sont sujets à des preuves d'assurabilité.

##### **Garanties d'assurance vie de base et d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant, d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge du participant et d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge du retraité**

Lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

En cas d'abandon de l'un de ses régimes ou d'une garantie, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors de la demande d'une nouvelle adhésion.

##### **Régimes d'assurance maladie complémentaire (option I) et d'assurance soins dentaires (option II)**

Lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité ou la date à laquelle il perd sa protection en vertu d'un autre contrat collectif où il était assuré, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

---

## 5. Prise d'effet de l'assurance

### 5.1 Personne salariée et ses personnes à charge

#### *Personne salariée*

##### **Régime de base :**

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible.

##### **Régimes optionnels :**

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour du retour au travail, à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours de cette date.

Si la demande d'adhésion est remplie après ce délai, la personne salariée devient assurée à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour de son retour au travail.

#### *Personne à charge*

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant;
- la date à laquelle elle cesse d'être admissible à un autre contrat à condition que la demande soit présentée dans les 30 jours de la terminaison de l'assurance en vertu de l'autre contrat.

### 5.2 Retraité et ses personnes à charge

#### *Retraité*

Tout retraité devient assuré à la date à laquelle il devient admissible à la condition qu'il remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours de cette date.

#### *Personne à charge*

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant;

---

## 6. Droit de transformation

### **Assurance maladie de base - Assurance maladie complémentaire**

Tout participant qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances. Ce régime ne comportant pas de remboursement pour les médicaments prévus au Régime général d'assurance médicaments, toute personne qui y adhère doit s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

### **Assurance soins dentaires**

Tout participant de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible pour une raison autre que la retraite peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

### **Assurance vie de base et assurance vie additionnelle du participant**

Lorsqu'un participant cesse d'être admissible pour une raison autre que la retraite, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité la totalité ou une partie du montant d'assurance détenu en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant maximal que le participant peut transformer est égal à la différence entre le montant en vigueur au moment de la terminaison de l'assurance et tout montant qu'il obtient dans un autre contrat collectif auquel il est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Le participant qui quitte le groupe assuré pour s'engager dans les forces actives de l'armée de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

### **Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge et assurance vie additionnelle du conjoint**

Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge d'un participant actif cesse d'être admissible du fait de la terminaison de l'assurance du participant par suite de son décès, de la cessation de son emploi (pour une raison autre que la retraite) ou de son appartenance au groupe ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition de personne à charge, celui-ci a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité le montant d'assurance détenu en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances. Le montant d'assurance vie transformé est égal ou inférieur à la somme des montants d'assurance vie de base et d'assurance vie additionnelle qu'il détient en vertu

---

du présent régime réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel il est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

#### **7. Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail**

Dans le cas d'une **absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 30 jours**, la participation aux régimes est suspendue, à l'exception de celle au régime d'assurance maladie de base, et reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité dès le retour au travail actif avec rémunération. Le participant doit alors payer lui-même la prime totale prévue pour le régime d'assurance maladie de base, *sauf dans les cas d'absences ou de congés sans solde pour raisons familiales ou parentales prévus par la Loi sur les normes du travail où l'employeur est tenu de verser sa contribution*. Toutefois, le participant peut se prévaloir de la possibilité de maintenir en vigueur sa participation aux régimes optionnels auxquels il participe en payant la prime totale prévue.

Un participant qui bénéficie d'un **congé partiel sans solde en prolongation d'un congé parental** demeure admissible aux régimes comme s'il ne bénéficiait pas d'un tel congé.

Un participant qui bénéficie d'une **retraite progressive** telle que prévue à sa convention doit maintenir sa participation aux différents régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

Un participant qui bénéficie d'un programme de **congé à traitement différé** tel que prévu à sa convention doit maintenir sa participation au régime d'assurance maladie de base. De plus, un tel participant peut également maintenir sa participation aux autres régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

La participation est maintenue dans les autres cas d'**absence temporaire avec rémunération**. Lors d'un congé parental, la participation est maintenue et les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

Lorsqu'un participant est congédié ou suspendu et conteste son **congédiement ou sa suspension** par voie de grief ou de recours à l'arbitrage en vertu de la convention collective qui le régit, il doit maintenir, avec paiement des primes, sa participation au régime d'assurance maladie de base. Il peut également maintenir sa participation aux autres régimes auxquels il participe, en versant, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où le participant congédié ou suspendu a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa

---

participation aux autres régimes, sa participation à ces régimes est remise en vigueur à la date où la décision est rendue et l'application des dispositions relatives à ces régimes se poursuit.

**Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour La Corporation d'urgences-santé**, pour la personne salariée à temps partiel qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime est basée sur une proportion de son salaire établie au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps plein au cours des 12 mois précédant le début de l'absence temporaire ou du congé parental pour lesquels aucune période d'invalidité, de congé parental ou de congé sans solde n'a été autorisé. La période sur laquelle la moyenne de temps est calculée ne peut cependant précéder l'entrée en service du participant. Dans ce cas, les calculs sont effectués sur la période ainsi réduite. Si une invalidité survient durant cette période, le salarié bénéficie du droit à l'exonération de la prime et si un décès survient subséquemment, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

**Dans les secteurs autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent**, pour la personne salariée ne travaillant pas à temps complet qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération la prime et la prestation en cas décès, s'il y a lieu, sont basées sur la proportion du salaire gagné la veille de son départ. Si une invalidité survient durant cette période, le salarié bénéficie du droit à l'exonération de la prime et si un décès survient subséquemment, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

Dans le cas où un participant cesse temporairement d'être au travail par suite de **grève ou lock-out**, la participation au régime d'assurance maladie de base est maintenue, avec paiement de prime, pour une période de 30 jours. Par la suite, la participation au régime d'assurance maladie de base demeure en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité. De plus, l'assurance aux autres régimes demeure également en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité, en autant que la participation au régime d'assurance maladie de base soit maintenue.

Lors d'un **congé sans solde**, les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

---

## **8. Prolongation**

### **Régimes d'assurance maladie de base, maladie complémentaire et soins dentaires**

Au décès d'un participant, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 12 mois après le décès du participant;
- la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- la date de résiliation du contrat;
- la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de salariés dont faisait partie le participant décédé.

## **9. Exonération des primes**

### **Pour le participant**

#### **A- Début de l'exonération**

En cas d'invalidité, l'assurance d'un participant et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime et ce, tant que dure l'invalidité totale.

#### **Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour La Corporation d'urgences-santé, à compter de :**

- la 8<sup>e</sup> journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet; ou
- la 6<sup>e</sup> journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail; ou
- la 9,9<sup>e</sup> journée de calendrier pour la personne salariée à temps partiel.

#### **Dans tous les autres secteurs, à compter de :**

- la 8<sup>e</sup> journée ouvrable.

Dans ces secteurs, lorsqu'un participant est victime d'une lésion professionnelle et que celle-ci est exclue de la définition d'invalidité, le paragraphe précédent s'applique lorsqu'un tel participant a droit à une indemnité de remplacement de revenu de la CSST. Dans un tel cas, l'exonération cesse au plus tard à la date de consolidation de la lésion professionnelle.



---

## Dans tous les secteurs

### **Lésion professionnelle non consolidée**

Lorsqu'un participant est victime d'une lésion professionnelle, qu'il ne peut reprendre son emploi et dont la lésion n'est toujours pas consolidée selon son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du paiement de la prime, et ce, pour une période maximale d'un an à compter de la fin des indemnités de remplacement de revenu versées par la CSST.

### **Assignment temporaire lors d'une lésion professionnelle**

Un participant invalide en assignment temporaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour toute période de paie au cours de laquelle il ne reçoit pas d'indemnité de remplacement de revenu. **Cette disposition s'applique pour toute période d'assignment temporaire débutant le ou après le 1er janvier 2006 (sans égard à la date du début de l'invalidité).**

### **Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation**

Lorsqu'un participant est victime d'une lésion professionnelle et qu'il bénéficie du droit à la réadaptation, comme cela est prévu aux articles 145 et suivants de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles, il bénéficie de l'exonération du paiement de la prime et ses régimes sont maintenus dans les cas suivants :

- le participant est en recherche d'emploi, dans le cas du programme de réadaptation;
- le participant occupe un emploi qui n'est pas son emploi habituel chez son employeur d'origine;
- le participant occupe un emploi chez un autre employeur.

Toutefois, l'exonération de la prime se termine et ses régimes prennent fin dès que le participant a complété 48 mois d'invalidité. Dans un tel cas, le participant qui occupe un emploi chez son employeur d'origine, redevient admissible aux régimes qu'il détenait avant le début de son invalidité.

### **Dépôt d'un grief relié à une invalidité**

Un participant qui dépose un grief à la suite de la contestation de son invalidité ou de l'imposition d'une mesure administrative en lien avec son invalidité, demeure exonéré, pendant la procédure de grief, du paiement des primes à l'ensemble des régimes auxquels il participe jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de son retour au travail;
- la date de la décision d'un arbitre;
- la date d'une entente entre les parties.

---

### **Retour progressif**

Lorsque le participant exonéré effectue un retour progressif au travail, tel que prévu à sa convention, il demeure exonéré jusqu'à ce qu'il puisse accomplir toutes les fonctions reliées à son poste, sans toutefois excéder la période maximale prévue à la convention.

### **B- Terminaison du droit à l'exonération**

L'exonération du paiement de la prime se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle le participant n'est plus invalide;
- La date à laquelle le participant atteint 65 ans;
- La date à laquelle le droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée se termine;
- Pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :
  - la date de terminaison de contrat ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie.

### **Le droit à l'exonération ne s'applique pas :**

- pour une participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CSST en raison de sa grossesse;
- aux garanties d'assurance vie du retraité, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge du retraité et d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité.

**IMPORTANT : Dans tous les cas, le participant est exonéré à compter de la première période de paie complète suivant la date à laquelle il a droit à l'exonération. Lors de la fin de l'exonération, les ajustements se font sur la première période de paie complète suivant la date de fin d'exonération.**

### **Pour l'employeur**

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'après 2 ans du début de l'invalidité.

## **10. Terminaison de l'assurance**

Sous réserve de l'exonération des primes en cas d'invalidité, l'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective;

- 
- La date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;
  - La date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve du droit de transformation pour la garantie d'assurance vie du participant et de l'adhésion au régime d'assurance vie des retraités;
  - La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour un participant qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'il s'est prévalu du droit d'exemption;
  - La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime ou d'une garantie, autre que le régime d'assurance maladie de base, ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve de l'obligation de maintien de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II.
  - La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de salariés dont faisait partie le participant.

L'assurance des personnes à charge se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison de l'assurance du participant sous réserve de la prolongation prévue pour les régimes de base et optionnels I et II;
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- La date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire s'assurer seul sous réserve de l'obligation de couvrir les personnes à charge dans le régime de base et de l'obligation de maintien de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II;
- La date à laquelle l'assurance en vertu d'un autre régime d'assurance collective débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'elles se sont prévaluées du droit d'exemption.

### **11. Enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement**

Pour continuer d'être assuré, un enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement doit être **étudiant à temps complet** d'un établissement d'enseignement reconnu. Par conséquent, à défaut du participant de faire parvenir à l'Assureur la preuve de fréquentation scolaire, un enfant à charge qui atteint l'âge de 18 ans cesse d'être assuré automatiquement à cette date. Cette preuve doit être fournie à chaque session. Pour ce faire, le participant peut tout simplement remplir et signer la partie 2 du formulaire de demande de prestations et la retourner à l'Assureur.

---

## 12. Catégories “fumeur” et “non-fumeur”

Les taux d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint sont fournis pour les catégories “fumeur” et “non-fumeur”. Le critère d'admissibilité à la seconde catégorie est de ne pas avoir fumé de cigarettes au cours de la dernière année. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme suite à sa déclaration d'assurabilité, **doit en informer par écrit l'Assureur dans les 30 jours suivant cette modification.**

## 13. Procédure pour réclamer

### Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat d'assurance individuel ou collectif souscrit auprès d'un Assureur, les prestations payables en vertu des différents régimes d'assurance maladie et de soins dentaires sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat.

Assurance maladie :

*Médicaments : Service de paiement automatisé différé*

Pour l'achat de médicaments, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'utilisateur. La demande de prestations est transmise automatiquement à l'Assureur, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale émettra un remboursement à la personne adhérente à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours. À noter qu'il est toujours possible de présenter une demande de prestations de la façon traditionnelle en utilisant le formulaire à cet effet disponible chez votre employeur.

Autres frais

Le participant doit faire parvenir au siège social de l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés.

Les copies de reçus doivent être conservés car les originaux ne seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services au centre hospitalier, lequel fera parvenir par la suite la réclamation à l'Assureur. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'identification de la personne adhérente.

Lors de réclamations de soins pour des professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, un reçu officiel doit être présenté à l'Assureur.

Ce reçu peut être l'endos de notre formulaire de réclamation et, dans ce cas, l'estampe ou sceau du professionnel doit y être apposé ainsi que sa signature,

---

son numéro de permis et les dates précises des traitements accompagnés du nom de la personne à qui les traitements ont été rendus. Sont également acceptés, les reçus informatisés des professionnels et les reçus personnalisés en autant que les informations précitées y soient indiquées.

Les frais doivent être réclamés à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où ils ont été engagés. L'Assureur suggère de réclamer à tous les 3 mois.

#### Assurance soins dentaires - Service de paiement automatisé direct

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires. Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur. À noter qu'il est toujours possible de présenter une demande de prestations de la façon traditionnelle en utilisant le formulaire à cet effet disponible chez votre employeur.

#### *Dépôt direct des prestations maladie et soins dentaires*

Lorsque le participant a adhéré à ce service, sur acceptation de sa demande de prestations, celles-ci seront déposées dans son compte. Un relevé est remis au participant confirmant le montant déposé et la date du traitement de sa réclamation.

#### Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis.

#### *Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale*

Une personne assurée en vertu du présent régime dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés est limitée à 25 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne assurée, sans excéder 50 000 \$. Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie. Après la date du versement, la prime, le cas échéant, continue d'être calculée sur le plein montant d'assurance comme s'il n'y avait pas eu de paiement anticipé. Lors du décès de la personne assurée, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêt au taux annuel de 6 %. L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, cet avantage cesse à la terminaison du contrat, même pour les participants exonérés du paiement des primes.

---

## ASSURANCE VOYAGE

La Capitale rembourse les frais usuels et raisonnables et les services décrits s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 000 \$ viager.

### FRAIS ADMISSIBLES

#### Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

---

### **Frais de transport**

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

---

condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.

- Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

#### **Allocations de subsistance**

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

#### **Service d'assistance-voyage**

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

- Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.
- En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre elle-même.
- L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.
- Dans tous les cas, les médicaments sont payés par la personne assurée, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.
- Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de



---

communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.

- L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

#### **Obligations de la personne assurée**

**AVIS :** la personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

**RESTRICTION :** la personne assurée, dès qu'elle est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.

**BILLETS NON UTILISÉS :** lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

**SUBROGATION :** aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, la personne assurée cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'Assisteur. Les personnes assurées conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

#### **Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage :**

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

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée;
- lorsque la personne assurée refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement,

---

au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée;

- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle la personne assurée a été hospitalisée, pour laquelle elle a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne assurée est stabilisée. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical **(1)**;

**(1) Dans un tel cas la personne assurée doit communiquer avec l'Assureur, au moins 7 jours avant son départ, pour l'informer de sa situation médicale.**

- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse; ne sont pas considérées dangereuses les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiatures, telles que le ski alpin et la plongée sous-marine;

- 
- suite à l'absorption volontaire et abusive de médicaments ou de drogues et les conditions qui s'ensuivent;
  - pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas des tels événements ou situations.

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

#### **EN CAS D'URGENCE**

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

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

#### **ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

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

#### **Définitions**

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

**Associé en affaires :** La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

---

**Compagnon de voyage** : La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination; ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

**Frais de voyage payés d'avance** : Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

**Hôte à destination** : La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

**Proche parent** : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits-enfants de l'assuré.

**Voyage** : Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, nous entendons par "voyage", un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

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

### **1. Causes d'annulation ou d'interruption**

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

- Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.

- 
- Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou de son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
  - Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
  - La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie du litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause.
  - La perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.
  - La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
  - Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
  - Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
  - Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
  - Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
  - Un départ manqué dû à un retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
  - Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.
  - Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

---

## **2. Frais couverts**

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

- En cas d'annulation avant le départ :
  - a) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
  - b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler.
  - c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
  
- Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
  
- Si le retour est anticipé ou retardé :
  - a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.  
Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.
  - b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

## **3. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage**

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

- Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

- 
- Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte de décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
  - Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
  - La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
  - La grossesse ou les complications en résultant dans les douze (12) semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
  - Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
  - Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
  - La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
  - Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à la posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
  - Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par un médicament ou autrement.
  - Si l'activité visée est la chasse ou la pêche.

#### **4. Délai pour demander l'annulation**

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

#### **5. Coordination**

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

**TABLEAU DES PRIMES  
PAR PÉRIODE DE 14 JOURS**

**BASÉ SUR 26 PÉRIODES DE PAIE**

**DU 01.01.2006 AU 31.12.2006**

**RÉGIME DES ACTIFS**

**RÉGIME DE BASE**

**ASSURANCE MALADIE**

*(À noter que la contribution de l'employeur peut différer selon les ententes de travail)*

	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Personne salariée travaillant:			
- 70 % et plus du temps complet			
- Part de l'employé	28,32 \$	35,71 \$	64,73 \$
- Part de l'employeur	0,92	2,31	2,31
- Prime totale	29,24 \$	38,02 \$	67,04 \$
- moins de 70 % du temps complet			
- Part de l'employé	28,78 \$	36,87 \$	65,89 \$
- Part de l'employeur	0,46	1,15	1,15
- Prime totale	29,24 \$	38,02 \$	67,04 \$

**OPTION I**

**ASSURANCE MALADIE**

**COMPLÉMENTAIRE** 3,70 \$ 4,63 \$ 7,03 \$

**OPTION II**

**ASSURANCE**

**SOINS DENTAIRES** 11,18 \$ 19,28 \$ 25,71 \$

**OPTION III**

- **ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT** 0,168 \$ (1)  
 (par 1 000 \$ d'assurance) (ou 0,437 % du salaire;  
 pour les participants de 65 ans et plus,  
 le pourcentage est de 0,219 % du salaire)

(1) À noter que l'augmentation requise au 1er janvier 2006 est versée à l'Assureur à même les montants en dépôt dont dispose le groupe. La prime qui aurait dû être réellement chargée à la personne assurée est la suivante : 0,176 \$

- **ASSURANCE EN CAS DE MORT OU  
MUTILATION ACCIDENTELLES** 0,013 \$  
 (par 1 000 \$ d'assurance) (ou 0,034 % du salaire;  
 pour les participants de 65 ans et plus,  
 le taux devient 0,017 % du salaire)



**Taux basés sur 26 périodes de paie (suite)**

- ASSURANCE VIE DU CONJOINT 0,80 \$ (2)  
OU DES ENFANTS À CHARGE (par famille)

(2) À noter que l'augmentation requise au 1er janvier 2006 est versée à l'Assureur à même les montants en dépôt dont dispose le groupe. La prime qui aurait dû être réellement chargée à la personne assurée est la suivante : 0,84 \$ par famille.

- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT

**- taux par 1 000 \$ d'assurance**

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
- de 30 ans	0,03 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,03 \$
30 à 34 ans	0,03 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,03 \$
35 à 39 ans	0,06 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,03 \$
40 à 44 ans	0,10 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,03 \$
45 à 49 ans	0,17 \$	0,10 \$	0,10 \$	0,07 \$
50 à 54 ans	0,26 \$	0,17 \$	0,17 \$	0,10 \$
55 à 59 ans	0,44 \$	0,26 \$	0,26 \$	0,17 \$
60 à 64 ans	0,69 \$	0,43 \$	0,40 \$	0,24 \$
65 ans et plus	0,85 \$	0,52 \$	0,63 \$	0,39 \$

**- taux en pourcentage du salaire pour le participant, par tranche de 1 fois le salaire**

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
- de 30 ans	0,078 %	0,078 %	0,078 %	0,078 %
30 à 34 ans	0,078 %	0,078 %	0,078 %	0,078 %
35 à 39 ans	0,156 %	0,078 %	0,078 %	0,078 %
40 à 44 ans	0,260 %	0,156 %	0,182 %	0,078 %
45 à 49 ans	0,442 %	0,260 %	0,260 %	0,182 %
50 à 54 ans	0,676 %	0,442 %	0,442 %	0,260 %
55 à 59 ans	1,144 %	0,676 %	0,676 %	0,442 %
60 à 64 ans	1,794 %	1,118 %	1,040 %	0,624 %
65 ans et plus	2,210 %	1,352 %	1,638 %	1,014 %

**Notes:**

Pour les personnes salariées payées à la semaine, diviser les taux exprimés en dollar par 2.

Les taux par groupes d'âges sont applicables selon l'âge de la personne adhérente au moment de son adhésion. Par la suite, les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet à la période de paie qui coïncide ou qui suit immédiatement l'anniversaire de naissance de la personne adhérente.

La tarification pour l'assurance vie additionnelle du conjoint est établie **selon l'âge de l'adhérent et le sexe du conjoint.**



**Taux basés sur 20 périodes de paie (suite)**

- ASSURANCE VIE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE (par famille) 1,04 \$ (2)

(2) À noter que l'augmentation requise au 1er janvier 2006 est versée à l'Assureur à même les montants en dépôt dont dispose le groupe. La prime qui aurait dû être réellement chargée à la personne assurée est la suivante : 1,09 \$ par famille.

- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT

**- taux par 1 000 \$ d'assurance**

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
- de 30 ans	0,04 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,04 \$
30 à 34 ans	0,04 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,04 \$
35 à 39 ans	0,08 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,04 \$
40 à 44 ans	0,13 \$	0,08 \$	0,09 \$	0,04 \$
45 à 49 ans	0,22 \$	0,13 \$	0,13 \$	0,09 \$
50 à 54 ans	0,34 \$	0,22 \$	0,22 \$	0,13 \$
55 à 59 ans	0,57 \$	0,34 \$	0,34 \$	0,22 \$
60 à 64 ans	0,90 \$	0,56 \$	0,52 \$	0,31 \$
65 ans et plus	1,11 \$	0,68 \$	0,82 \$	0,51 \$

**- taux en pourcentage du salaire, pour le participant, par tranche de 1 fois le salaire** (considérant que le salaire annuel est réparti sur 21 périodes de paie et la prime sur 20 périodes de paie)

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
- de 30 ans	0,082 %	0,082 %	0,082 %	0,082 %
30 à 34 ans	0,082 %	0,082 %	0,082 %	0,082 %
35 à 39 ans	0,164 %	0,082 %	0,082 %	0,082 %
40 à 44 ans	0,273 %	0,164 %	0,191 %	0,082 %
45 à 49 ans	0,464 %	0,273 %	0,273 %	0,191 %
50 à 54 ans	0,710 %	0,464 %	0,464 %	0,273 %
55 à 59 ans	1,201 %	0,710 %	0,710 %	0,464 %
60 à 64 ans	1,884 %	1,174 %	1,092 %	0,655 %
65 ans et plus	2,321 %	1,420 %	1,720 %	1,065 %

**Notes:**

Pour les personnes salariées payées à la semaine, diviser les taux exprimés en dollar par 2.

Les taux par groupes d'âges sont applicables selon l'âge de la personne adhérente au moment de son adhésion. Par la suite, les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet à la période de paie qui coïncide ou qui suit immédiatement l'anniversaire de naissance de la personne adhérente.

La tarification pour l'assurance vie additionnelle du conjoint est établie **selon l'âge de l'adhérent et le sexe du conjoint.**

---

**RÉGIME DES RETRAITÉS**  
**(taux mensuels)**

**ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ**

Pour la première tranche de 5 000 \$ (**adhérent seulement**) : 5,00 \$

Taux par 1 000 \$ d'assurance pour l'excédent de 5 000 \$ :

Âge	Homme	Femme
Moins de 50 ans	0,21 \$	0,11 \$
50 à 54 ans	0,44 \$	0,22 \$
55 à 59 ans	0,74 \$	0,35 \$
60 à 64 ans	1,24 \$	0,54 \$
65 à 69 ans	1,96 \$	0,92 \$
70 à 74 ans	3,14 \$	1,43 \$
75 à 79 ans	4,22 \$	2,47 \$
80 ans et plus	8,48 \$	5,46 \$

**ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT OU  
DES ENFANTS À CHARGE DU RETRAITÉ**

(par famille)

8,24 \$ (1)

(1) À noter que l'augmentation requise au 1er janvier 2006 est versée à l'Assureur à même les montants en dépôt dont dispose le groupe. La prime qui aurait dû être réellement chargée à la personne assurée est la suivante : 9,06 \$ par famille.

**ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT**

Les taux sont ceux établis pour l'assurance vie du retraité **pour l'excédent de 5 000 \$**, selon l'âge du participant et le sexe du conjoint.

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



# La Capitale

assurances et gestion du patrimoine

## POUR NOUS JOINDRE

### QUÉBEC

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

### MONTREAL

Bureau 800  
425, boulevard De Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec) H3A 3G5  
**514 873-6506**

**Numéro sans frais : 1 800 463-4856**

**Télécopieur : 418 646-1313**

**[www.lacapitale.com](http://www.lacapitale.com)**

## ASSURANCE VOYAGE

**Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :**

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

---

---

---

---

---