



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
SALARIÉS MEMBRES DE LA FPHQ**

Police n° N008



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE^{MD}

Régime d'assurance collective pour

- LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS ET RÉPARTITEURS MÉDICAUX D'URGENCE MEMBRES DE LA FPHQ
- LES SALARIÉS AUTRES QU'UN TECHNICIEN AMBULANCIER PARAMÉDIC OU UN RÉPARTITEUR MÉDICAL D'URGENCE, SYNDIQUÉS AVEC LA FPHQ ET TRAVAILLANT POUR UN EMPLOYEUR AYANT DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS OU DES RÉPARTITEURS MÉDICAUX D'URGENCE À SON EMPLOI
- LES AUTRES SALARIÉS ET MEMBRES DE LA DIRECTION DES EMPLOYEURS DONT LES SALARIÉS SONT MEMBRES DE LA FPHQ
- LES EMPLOYÉS DE LA PERMANENCE DU SYNDICAT FPHQ

Police n° N008

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2013. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES GARANTIES	1
DESCRIPTION DES GARANTIES	10
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	10
ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT	11
Exclusions	13
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT	13
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	14
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	15
Exclusions	18
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	19
Exclusions	22
ASSURANCE MALADIE	24
FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE DE BASE, DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET	24
Frais de médicaments.....	24
Frais paramédicaux.....	25
FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET SEULEMENT ..	27
Frais hospitaliers	27
Frais de vaccins.....	27
Frais paramédicaux.....	27

Assurance voyage (Module Intermédiaire et Module Complet seulement)	32
Le service Voyage Assistance.....	37
Assurance annulation de voyage (Module Intermédiaire et Module Complet)	38
Exclusions applicables à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie	46
Exclusions applicables aux médicaments	47
Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage	48
Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage	50
Droit de transformation	52
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	53
Exclusions applicables à l'assurance frais dentaires	64
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	66
DÉFINITIONS.....	66
ADMISSIBILITÉ	71
PARTICIPATION ET CHOIX DE MODULE	72
DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ	77
CHANGEMENT DE MODULE	78
CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION.....	79
DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION	79
DÉBUT DE L'ASSURANCE.....	85

FIN DE L'ASSURANCE.....	92
LIMITATIONS GÉNÉRALES	93
ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL.....	94
EXONÉRATION DES PRIMES.....	98
SALARIÉ QUI PREND SA RETRAITE	99
SALARIÉ QUI ATTEINT 65 ANS.....	100
DEMANDES DE PRESTATIONS.....	100

RÉSUMÉ DES GARANTIES

<u>Assurance vie de base de l'adhérent</u>	
Adhérent de moins de 65 ans	Somme assurée
	1 fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple Maximum : 185 000 \$
Réductions de la somme assurée	À 65 ans et à 70 ans
<u>Assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent</u>	
Décès	Somme assurée
	Identique à l'assurance vie de base de l'adhérent
Mutilation	Selon le tableau des pertes
<u>Assurance vie additionnelle de l'adhérent</u>	
Montant d'assurance disponible	1 à 30 tranches de 10 000 \$, avec preuves d'assurabilité

<u>Assurance vie des personnes à charge</u>	
	Somme assurée
Conjoint	5 000 \$
Enfant (âgé de 24 heures ou plus)	3 000 \$
Réduction de la somme assurée	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans et de 70 ans

<u>Assurance salaire de courte durée</u>	
Rente hebdomadaire	66 2/3 % du salaire hebdomadaire
Maximum du salaire assurable	90 000 \$ par année
Statut fiscal de la rente	Imposable
Délai de carence <ul style="list-style-type: none"> • accident • maladie <ul style="list-style-type: none"> i) temps complet avec un horaire à l'heure : ii) temps complet avec un horaire de faction iii) temps partiel 	aucun 24 heures ouvrables 48 heures de faction 24 heures cédulées ou 5 jours civils, selon la première éventualité
Durée maximale de la rente	26 semaines, maximum jusqu'à l'âge de 65 ans

<u>Assurance salaire de longue durée</u>	
Rente mensuelle	66 2/3 % du salaire mensuel
Maximum du salaire assurable	90 000 \$ par année
Statut fiscal de la rente	Non imposable
Délai de carence	Du début de l'invalidité totale jusqu'à la fin de la période de prestations de l'assurance salaire de courte durée
Durée maximale de la rente	Jusqu'à l'âge de 65 ans

ASSURANCE MALADIE

Pour chaque type de frais admissibles, la coassurance (pourcentage de remboursement par l'assureur) et le maximum applicable, le cas échéant, sont présentés dans ce tableau

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Médicaments	75 % des premiers 3 600 \$ de frais et 100 % de l'excédent, incluant les injections sclérosantes aucun maximum ESI direct	75 % des premiers 3 600 \$ de frais et 100 % de l'excédent, incluant les injections sclérosantes aucun maximum ESI direct	80 % des premiers 3 750 \$ de frais et 100 % de l'excédent, incluant les injections sclérosantes aucun maximum ESI direct
Injections sclérosantes	Frais admissibles de 20 \$ par visite	Frais admissibles de 20 \$ par visite	Frais admissibles de 20 \$ par visite
Vaccins	Non couverts	75 % Remboursement maximal de 250 \$ par année civile	80 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile
Appareils d'assistance respiratoire et autre appareil de même nature	75 % Aucun maximum	75 % Aucun maximum	100 % Aucun maximum
Appareils thérapeutiques	75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ par 24 mois	75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ par 24 mois	100 % Remboursement maximal de 10 000 \$ par 24 mois

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Membres artificiels et prothèses externes	75 %, remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile	75 %, remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile	100 %, remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile
Appareils orthopédiques	75 %, aucun maximum	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Bas de contention	75 % Maximum de 500 \$ de frais admissibles par année civile	75 % Maximum de 500 \$ de frais admissibles par année civile	100 % Maximum de 500 \$ de frais admissibles par année civile
Frais hospitaliers	Non couverts	100 % chambre semi-privée	100 % chambre semi-privée
Cure de désintoxication	75 %, frais admissibles de 80 \$ par jour, remboursement maximal à vie de 2 500 \$	75 %, frais admissibles de 80 \$ par jour, remboursement maximal à vie de 2 500 \$	100 %, frais admissibles de 80 \$ par jour, remboursement maximal à vie de 2 500 \$
Ambulance	Non couverts	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, podiatre, massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute, acupuncteur, diététiste	Non couverts	75 % Frais admissibles de 30 \$ par traitement, remboursement maximal de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	100 % Frais admissibles de 30 \$ par traitement, remboursement maximal de 600 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non couverts	75 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	100 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste	Non couverts	75 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	100 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Psychologue	Non couverts	75 %, frais admissibles de 60 \$ par visite, remboursement maximal de 500 \$ par année civile	100 %, frais admissibles de 60 \$ par visite, remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Chirurgien dentiste	Non couverts	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Soins infirmiers	Non couverts	75 % Frais admissibles de 200 \$ par jour, remboursement maximal de 4 000 \$ par année civile	100 % Frais admissibles de 200 \$ par jour, remboursement maximal de 4 000 \$ par année civile

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Radiographies, SCAN, IRM, analyses de laboratoire, échographies, électrocardiogrammes	Non couverts	75 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Fauteuil roulant conventionnel	Non couverts	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Lit d'hôpital	Non couverts	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Souliers orthopédiques	Non couverts	75 %, aucun maximum	100 %, aucun maximum
Prothèses capillaires	Non couverts	75 %, remboursement maximal de 500 \$ par 60 mois	100 %, remboursement maximal de 500 \$ par 60 mois
Appareils auditifs	Non couverts	75 % Maximum 300 \$ de frais admissibles par 48 mois	100 % Maximum 300 \$ de frais admissibles par 48 mois
Glucomètre	Non couverts	75 % Remboursement maximal de 300 \$ par 60 mois	100 % Remboursement maximal de 300 \$ par 60 mois

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Transport et hébergement pour traitements hors région (400 km aller-retour)	Non couverts	75 %, frais admissibles de 100 \$ par jour (hébergement), remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	100 %, frais admissibles de 100 \$ par jour (hébergement), remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Assurance voyage	Non couverts	Incluse	Incluse
Assurance annulation de voyage	Non couverts	Incluse	Incluse

Les montants maximums exprimés dans ce tableau s'appliquent par personne assurée.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRE

Frais admissibles	Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Franchise	Non couvert	25 \$ par adhérent ou famille	25 \$ par adhérent ou famille
Coassurance : <ul style="list-style-type: none">• Soins préventifs• Soins de base• Restauration majeure• Orthodontie		100 % 80 % 50 % 50 %	100 % 100 % 50 % 50 %
Remboursement maximal pour l'ensemble des soins préventifs, de base et de restauration majeure		1 000 \$ par année civile par personne assurée	1 500 \$ par année civile par personne assurée
Remboursement maximal pour les soins d'orthodontie		1 000 \$ à vie par personne assurée	1 500 \$ à vie par personne assurée
Fréquence entre 2 examens		1 fois par 12 mois	1 fois par 6 mois
Carte de paiement		ESI direct	ESI direct

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Somme assurée au décès d'un adhérent de moins de 65 ans

Une fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple. Toutefois, la somme assurée ne peut jamais excéder 185 000 \$.

Réductions de la somme assurée

(en pourcentage de la somme assurée détenue immédiatement auparavant)

- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans

Toutefois, la somme assurée ne peut jamais être inférieure à 1 000 \$.

Bénéficiaire

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

Droit de transformation

Dans certains cas, l'adhérent peut transformer son assurance vie de base en une assurance vie individuelle distincte, aux taux et conditions fixés par l'assureur et sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. Ce droit de transformation prend fin 31 jours après la date à laquelle le salarié a cessé d'être admissible à l'assurance. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire.

Paiement anticipé de la somme assurée

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en assurance vie de base payable à son décès.

Ce paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie mais ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de cette garantie est réduit :

- a) du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé, et
- b) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.

Le paiement de la prime de l'adhérent se poursuit à moins qu'il ne bénéficie de l'exonération des primes prévues au contrat.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

Dès que l'adhérent subit l'une des pertes suivantes par suite d'accident, l'assurance décès ou mutilation par accident prévoit le paiement d'un pourcentage de la somme assurée selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Somme assurée d'un adhérent de moins de 65 ans en cas de décès accidentel ou de mutilation accidentelle

En cas de décès accidentel, la somme assurée payable est égale à une fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple; en cas de mutilation accidentelle, elle est égale à un pourcentage de la somme assurée en cas de décès accidentel, selon ce qui est prévu au Tableau des pertes. Toutefois, la somme assurée en cas d'accident ne peut jamais excéder 185 000 \$.

Réductions de la somme assurée

(en pourcentage de la somme assurée détenue immédiatement auparavant)

- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans

Toutefois, la somme assurée ne peut jamais être inférieure à 1 000 \$.

Tableau des pertes

Perte	Pourcentage
Décès	100 %
Hémiplégie, paraplégie ou tétraplégie	100 %
Perte des 2 mains ou des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied ou d'une main et de la vue d'un oeil ou d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
Perte d'une main, ou d'un pied, ou de la vue d'un oeil	50 %
Perte d'un doigt (pourcentage par doigt)	10 %

La perte doit survenir avant la retraite de l'adhérent et au plus tard au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident. De plus, les preuves relatives à la perte accidentelle doivent être présentées au plus tard 90 jours après la date de la perte.

Lorsqu'un adhérent subit plusieurs pertes par suite d'un accident, la somme totale payable en vertu de cette garantie est limitée à 100 % de la somme assurée.

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

Exclusions

L'assureur ne verse pas la somme assurée en cas d'accident si l'adhérent subit une des pertes énumérées :

- a) par suite de suicide, de tentative de suicide, d'automutilation ou de tentative d'automutilation, qu'il ait été conscient de ses actes ou non;
- b) par suite de participation active à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, à des hostilités, à une guerre, à une émeute ou à une insurrection;
- c) par suite d'un voyage en aéronef autrement qu'à titre de passager payant sur un vol prévu à l'horaire d'une société de transport aérien;
- d) s'il s'agit de lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf les noyades et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie), d'empoisonnement ou d'intoxication;
- e) pendant qu'il est en service actif dans les forces armées d'un pays;
- f) lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par la Code criminel en usage au Canada.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'une somme assurée supplémentaire égale au multiple de 10 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 000 \$.

Des preuves d'assurabilité sont exigées au moment de l'adhésion et lors d'une augmentation du montant d'assurance.

Exclusion en cas de suicide

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie additionnelle si l'adhérent décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Bénéficiaire

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

Droit de transformation

L'adhérent peut transformer son assurance vie additionnelle en une assurance vie individuelle distincte, aux mêmes conditions que son assurance vie de base.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'une personne à charge assurée, l'assurance vie des personnes à charge prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Somme assurée si l'adhérent a moins de 65 ans

Conjoint :	5 000 \$
Chaque enfant à charge de 24 heures ou plus :	3 000 \$

Réductions de la somme assurée des personnes à charge
(en pourcentage de la somme assurée détenue immédiatement auparavant)

- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
- Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans

Bénéficiaire

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

Droit de transformation

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

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, après l'épuisement du délai de carence et selon ce qui est indiqué ci-après.

Rente hebdomadaire

66 2/3 % du salaire hebdomadaire de base au début de l'invalidité totale. Cette rente est imposable.

Maximum du salaire annuel assurable : 90 000 \$ par salarié.

Le salaire assurable maximal s'applique par salarié peu importe le nombre d'employeurs pour qui ce dernier travaille. Les employeurs considérés dans la détermination du salaire assurable du salarié sont ceux chez qui ce dernier :

- 1) est représenté par la FPHQ, et
- 2) est assuré en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée du présent régime.

Par conséquent, si le total des revenus déclarés à l'assureur excède 90 000 \$ par année, les primes sont perçues sur l'ensemble des salaires déclarés mais les prestations d'assurance salaire, s'il y a lieu, sont payées en fonction d'un salaire assurable maximal de 90 000 \$.

Délai de carence

En cas d'accident : aucun délai de carence

En cas de maladie :

Statut et horaire du salarié	Délai de carence
Temps complet avec un horaire à l'heure	24 heures ouvrables
Temps complet avec un horaire de faction	48 heures de faction
Temps partiel	24 heures cédulées ou 5 jours civils, selon la première éventualité

Le premier versement de la rente hebdomadaire tient compte de l'horaire de travail du salarié.

Si l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident ayant débuté lors d'un congé sans solde au cours duquel l'assurance a été maintenue en vigueur, le délai de carence ne commence à courir qu'à la date prévue de retour au travail.

Durée maximale de la rente

La rente est payable pendant un maximum de 26 semaines par période d'invalidité totale et ne peut pas se poursuivre après le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent. Toutefois, si l'adhérent invalide atteint 65 ans et n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations, la rente se poursuit jusqu'à la date à laquelle il en a reçu 15 au total, pour cette même période d'invalidité, pourvu que celle-ci subsiste au cours de cette prolongation.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée, à raison de 1/5 pour chaque jour d'absence dans le cas d'un salarié à temps complet et à raison de 1/7 pour chaque jour d'absence dans le cas d'un salarié à temps partiel.

Réduction directe de la rente

La rente ainsi déterminée est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes et de toute autre loi sociale. À cet égard, il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu et non de leur indexation ultérieure.

Réduction indirecte de la rente

La rente hebdomadaire d'un adhérent totalement invalide est réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire hebdomadaire brut que toucherait l'adhérent au moment où ladite rente hebdomadaire devient payable s'il n'avait pas été invalide jusque là. À cet égard, les autres sources considérées sont les revenus provenant :

- a) d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur à l'exception du régime de retraite des techniciens ambulanciers paramédics et de l'allocation de départ;
- b) d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;
- c) de remboursements de pertes de salaire parce que les responsabilités de ces pertes relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que les pertes en question sont compensées, par ailleurs, en vertu d'autres assurances ou qu'elles n'auraient pas été subies sans l'existence du contrat;
- d) d'un salaire quelconque à l'exception du remboursement de la banque de congés de maladie et du remboursement de la banque de jours fériés;
- e) des montants versés par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du régime.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- a) pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- b) qui résulte d'une blessure que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il ait été conscient de ses actes ou non, sauf s'il s'agit d'une tentative de suicide;
- c) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- d) qui résulte de toute guerre, directement ou indirectement;
- e) qui résulte de traitements esthétiques;
- f) pendant laquelle l'adhérent a droit à des prestations non reliées à une invalidité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- g) qui donne droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de courte durée du présent régime;
- h) qui résulte d'une lésion professionnelle si l'adhérent a refusé de s'inscrire à la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST);
- i) pour laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;

- j) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité totale survenue pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si les primes ont continué d'être versées au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- a) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'adhérent reçoit le paiement de congés de maladie;
- b) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et son employeur;
- c) au cours d'une période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit au paiement d'une rente mensuelle s'il demeure invalide après l'expiration des prestations d'assurance salaire de courte durée, selon ce qui est indiqué ci-après.

Rente mensuelle

66 2/3 % du salaire mensuel de base qui aurait été payable à l'adhérent au moment où la rente mensuelle est devenue payable s'il n'avait pas été invalide jusqu'alors. Cette rente n'est pas imposable.

Maximum du salaire annuel assurable : 90 000 \$ par salarié.

Le salaire assurable maximal s'applique par salarié peu importe le nombre d'employeurs pour qui ce dernier travaille. Les employeurs considérés dans la détermination du salaire assurable du salarié sont ceux chez qui ce dernier :

- 1) est représenté par la FPHQ, et
- 2) est assuré en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime.

Par conséquent, si le total des revenus déclarés à l'assureur excède 90 000 \$ par année, les primes sont perçues sur l'ensemble des salaires déclarés mais les prestations d'assurance salaire, s'il y a lieu, sont payées en fonction d'un salaire assurable maximal de 90 000 \$.

Délai de carence

Du début de l'invalidité totale jusqu'à la fin de la période de prestations de l'assurance salaire de courte durée

Durée maximale de la rente

La rente est payable pendant la durée de l'invalidité totale. Toutefois, elle prend fin au plus tard lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans. Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée au prorata du nombre de jours d'invalidité totale.

Réduction directe de la rente

La rente est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes et de toute autre loi sociale. À cet égard, il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu et non de leur indexation ultérieure. L'assureur se réserve le droit de réduire ainsi la rente de l'adhérent si ce dernier néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir des prestations de ces sources, l'adhérent doit lui-même prouver qu'il n'y a pas droit.

Réduction indirecte de la rente

La rente mensuelle d'un adhérent totalement invalide est réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire mensuel net que toucherait l'adhérent au moment, où ladite rente mensuelle devient payable s'il n'avait pas été invalide jusque là. À cet égard, les autres sources considérées sont les revenus provenant :

- a) d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur à l'exception du régime de retraite des techniciens ambulanciers paramédics et de l'allocation de départ;
- b) d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association;
- c) d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;
- d) de remboursements de pertes de salaire parce que les responsabilités de ces pertes relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que les pertes en question sont compensées, par ailleurs, en vertu d'autres assurances ou qu'elles n'auraient pas été subies sans l'existence du contrat;

- e) d'un salaire quelconque à l'exception du remboursement de la banque de congés de maladie et du remboursement de la banque de jours fériés;
- f) des montants versés par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

Programme de rééducation

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. Dans pareil cas, la rente payable à l'adhérent est réduite de 50 % de tout traitement net qu'il reçoit. De plus, le revenu total provenant de toutes sources ne doit en aucun cas excéder 100 % de son salaire mensuel net. Si l'adhérent reprend le travail à temps partiel, son nouvel emploi pourra être considéré comme emploi de rééducation par l'assureur.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du régime.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- a) pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- b) qui résulte d'une blessure que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il ait été conscient de ses actes ou non, sauf s'il s'agit d'une tentative de suicide;
- c) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- d) qui résulte de toute guerre, directement ou indirectement;

- e) qui donne droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime;
- f) qui résulte d'une lésion professionnelle si l'adhérent a refusé de s'inscrire à la Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail (CSST);
- g) pour laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;
- h) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité totale survenue pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si les primes ont continué d'être versées au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- a) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et son employeur;
- b) au cours d'une période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

ASSURANCE MALADIE

Lorsqu'un adhérent engage des frais, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, il a droit au remboursement des frais admissibles décrits ci-après.

Prendre note :

Les frais engagés par l'adhérent ou ses personnes à charge assurées, le cas échéant, à la suite d'une lésion professionnelle ou d'un accident de la route doivent être réclamés auprès de la CSST ou de la SAAQ, selon le cas, et non pas auprès de l'assureur du présent régime d'assurance collective.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE DE BASE, DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le module choisi par l'adhérent.

Frais de médicaments

Coassurance

- Module de Base et Module Intermédiaire :
75 % des premiers 3 600 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
- Module Complet :
80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent

Les médicaments admissibles doivent être prescrits par un médecin et sont les suivants :

- les médicaments et autres produits couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec;

- les médicaments nécessaires à la thérapeutique qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale (codés Pr, C ou N dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont débités par un pharmacien ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien;
- les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome;
- les frais d'insuline pour diabète non couverts par le Régime général d'assurance médicaments (aiguilles, seringues) y compris dans les cas de grossesse;
- les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par visite, par personne assurée.

Frais paramédicaux

Coassurance

- Module de Base et Module Intermédiaire : 75 %
- Module Complet : 100 %

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et d'usage normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées.

- a) Les frais de location d'un **appareil d'assistance respiratoire** ou d'un autre appareil de même nature prescrit par un médecin.

- b) Les frais d'achat ou de location d'**appareils thérapeutiques**, prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs.
- c) Les frais d'achat d'un **membre ou œil artificiels**, si l'achat est effectué pendant que la personne est assurée en vertu du présent régime, ainsi que les frais d'achat d'**autres prothèses externes** prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais. Les frais engagés pour des prothèses dentaires, des appareils auditifs, des lunettes et des lentilles cornéennes ne sont pas considérés comme des frais admissibles à ce titre.
- d) Les frais d'achat ou de location d'**appareils orthopédiques** tels les bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles et plâtres prescrits par un médecin. Les plâtres en fibre de verre sont admissibles jusqu'à concurrence du coût usuel d'un plâtre ordinaire.
- e) Les frais d'achat de **bas de contention** à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (21mm/Hg et plus), prescrits par un médecin et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée.
- f) Les frais engagés pour une **cure de désintoxication** dans une clinique reconnue comme spécialisée dans la réhabilitation des alcooliques, des toxicomanes ou des joueurs compulsifs, sur prescription du médecin traitant et pourvu que la personne assurée y reçoive effectivement un traitement curatif. La clinique doit être dirigée par un médecin, puis la surveillance doit en être assurée par une infirmière autorisée. Les frais admissibles pour les cures de désintoxication sont limités à un maximum de 80 \$ par jour. Le remboursement maximal ne peut en aucun cas excéder 2 500 \$ la vie durant de la personne assurée.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET SEULEMENT

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes et à celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES** selon le module choisi par l'adhérent.

Frais hospitaliers

Coassurance pour le Module Intermédiaire et le Module Complet : 100 %

Les frais hospitaliers engagés au Canada, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Frais de vaccins

Coassurance

- Module Intermédiaire : 75 %
- Module Complet : 80 %

Les frais d'achat de vaccins préventifs prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée de :

Module Intermédiaire : 250 \$ par année civile

Module Complet : 500 \$ par année civile

Frais paramédicaux

Coassurance

- Module Intermédiaire : 75 %
- Module Complet : 100 %

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et d'usage normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées.

Les professionnels dont il est question aux paragraphes b), c), d) et e) ci-après doivent être membres en règle de leur association professionnelle (ou l'équivalent dans le cas des podologues) pour que les frais engagés soient considérés comme admissibles aux fins de l'assurance.

- a) Les frais de transport dans une **ambulance** autorisée, ou pour le transport d'urgence du lieu où s'est produite la lésion corporelle ou la maladie jusqu'au plus proche hôpital dans lequel peut être administré un traitement approprié, ou entre deux hôpitaux, ou d'un hôpital au domicile de la personne assurée.
- b) Les honoraires d'un **chiropraticien**, d'un **ostéopathe**, d'un **naturopathe**, d'un **podiatre** (ou **podologue**), d'un **massothérapeute**, d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute**, d'un **acupuncteur** ou d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

Module Intermédiaire : 300 \$ par année civile

Module Complet : 600 \$ par année civile

De plus, les frais pour des radiographies prises par un chiropraticien sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile par personne assurée.

- c) Les honoraires d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique**, pour des services fournis en dehors de l'hôpital et prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile

Module Complet : 1 000 \$ par année civile

- d) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, d'un **orthophoniste** ou d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile

Module Complet : 1 000 \$ par année civile

- e) Les honoraires d'un **psychologue**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par visite et du remboursement maximal par personne assurée de :

Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile

Module Complet : 1 000 \$ par année civile

- f) Les honoraires d'un **chirurgien dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies du fait d'un accident, pourvu que l'accident soit survenu en cours d'assurance et que les traitements soient donnés moins de 12 mois après la date de cet accident.

- g) Les frais pour les services professionnels à domicile d'un **infirmier** ou d'un **infirmier auxiliaire** autorisés, sur ordonnance écrite d'un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par année civile par personne assurée. Il est entendu à cet égard que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

- h) Les frais engagés pour des **radiographies**, incluant la tomodensitométrie (SCAN) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), **analyses de laboratoire**, **échographies** et **électrocardiogrammes**, prescrits par le médecin traitant de la personne assurée pour des fins de prévention ou de diagnostic, lorsque ces actes sont effectués en dehors de l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.

- i) Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un **fauteuil roulant conventionnel** prescrits par un médecin. Les frais engagés pour un fauteuil roulant électrique sont admissibles jusqu'à concurrence du coût qui aurait été considéré comme admissible s'il s'était agi d'un fauteuil roulant conventionnel.
- j) Les frais de location d'un **lit d'hôpital** prescrit par un médecin.
- k) Les frais d'achat de **souliers orthopédiques** prescrits par un médecin. Sont considérées comme orthopédiques les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour une personne à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied, et les chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que celles qui sont nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées ainsi que les frais d'achat ou de modification des **orthèses podiatriques** sont également admissibles; les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.
- l) Les frais d'achat de **prothèses capillaires**, nécessaires à la suite de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par personne assurée par période de 60 mois consécutifs.
- m) Les frais d'achat d'**appareils auditifs** prescrits par un médecin, y compris les cas de remplacement, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 300 \$ par personne assurée par période de 48 mois consécutifs.

- n) Les frais d'achat d'un **appareil de type glucomètre ou réflectomètre**, prescrit par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs. Toutefois, pour que les frais soient considérés comme admissibles à cet égard, la personne assurée doit présenter un diabète insulino-dépendant, recevoir périodiquement des injections d'insuline et démontrer à la satisfaction de l'assureur la nécessité de l'appareil pour le traitement de sa maladie. Par ailleurs, les frais admissibles à cet égard sont aussi limités aux tarifs de l'association « Les Diabétiques du Québec ».
- o) Les frais de **transport et d'hébergement** engagés au Québec pour consulter un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée doit être transmis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler que la consultation ou le traitement spécialisé a eu lieu ou est rendu à l'endroit où le spécialiste effectue le traitement ou la consultation et pour autant que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée.

Les frais sont admissibles selon les dispositions suivantes :

- i) le transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) du lieu de la résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais sont couverts pour un transporteur public (le coût le plus économique). Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité au coût le plus économique avec un transporteur public pour la même destination. Une preuve confirmant l'utilisation du véhicule privé (achat d'essence) doit être jointe à la demande de prestations;

- ii) l'hébergement dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement du type prévu en i). La nécessité du coucher doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestations;
- iii) pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.

L'assureur déduit toute somme versée à cet effet par un régime gouvernemental. Le remboursement de ces frais est limité à un maximum de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.

Assurance voyage (Module Intermédiaire et Module Complet seulement)

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles conformément aux dispositions suivantes :

- a) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie;
- c) la condition médicale qui occasionne les frais doit être reliée à un état de santé stable avant la date de début du voyage; et
- d) les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum global de 1 000 000 \$ par personne assurée, sa vie durant.

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

En cas d'urgence médicale, la personne assurée doit communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE aux numéros ci-après. Ce service est accessible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

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

Ces numéros de téléphone apparaissent au verso de l'attestation d'assurance de l'adhérent.

Définitions

Famille immédiate : une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

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

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

Véhicule : une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

FRAIS ADMISSIBLES D'ASSURANCE VOYAGE

a) Frais médicaux admissibles :

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

b) Frais admissibles de transport :

1. les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance. De plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
2. les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

3. le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvé par Voyage Assistance;
4. le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours). Cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
5. les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance. Le remboursement maximal est de 1 000 \$ CAN par adhérent;

6. en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance). Il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
7. en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN. Le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance. Le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

c) Frais admissibles de subsistance :

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

d) Frais admissibles d'appels interurbains :

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu au sous-paragraphe 4 du paragraphe b) ci-dessus, ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN par période d'hospitalisation.

e) Décisions médicales

Lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

Le service Voyage Assistance

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

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

- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Assurance annulation de voyage (Module Intermédiaire et Module Complet)

Définitions

Avion : Aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou à l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Compagnon de voyage : Personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).

Défaillance : Insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Fournisseur de services de voyage : Agence de voyage, grossiste en voyage, organisateur de voyages à forfait et compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Hôte à destination : Personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Membre de la proche famille : Conjoint, fils, fille, père, mère, frère ou sœur de la personne assurée.

Membre de la famille : Tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Perte financière : Perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Réunion d'affaires : Réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Transport public : Déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

Voyage : Période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

- a) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- b) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

1. Événements pouvant donner lieu à un remboursement

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

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

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

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

- des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables;
ou
 - une catastrophe naturelle; ou
- ii) retard du véhicule, causé par :
- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

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

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

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

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

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

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
- retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;
 - retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

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

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

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

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ CAN par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ CAN par voyage.

4. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

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

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

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

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

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

Exclusions applicables à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie

Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :

- a) frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents du travail ou les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales;
- b) services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- c) frais en rapport avec une insurrection, une émeute, une guerre ou des blessures que la personne s'est volontairement infligées, sauf s'il s'agit d'une tentative de suicide;
- d) appréciation de la vision de même que lunettes;

- e) frais engagés à des fins esthétiques, à moins qu'ils soient expressément prévus dans la liste des frais admissibles;
- f) frais relatifs à des soins ou traitements à titre expérimental;
- g) frais engagés suite à la participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- h) frais qui sont remboursables par une régie, un organisme gouvernemental ou par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes;
- i) frais engagés pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- j) frais engagés pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont expressément prévus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions applicables aux médicaments

Aucune prestation n'est versée pour les produits suivants, qu'ils soient ou non considérés comme des médicaments :

- shampoings et produits pour la pousse des cheveux;
- produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;
- produits de régime servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
- produits dits naturels;
- préparations homéopathiques;
- produits servant à l'insémination artificielle;
- médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- produits et médicaments antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu dudit régime relativement à ces produits ou médicaments;

- hormone de croissance;
- médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile.

De plus, aucune prestation n'est versée pour la contribution financière imposée aux personnes assurées par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Les exclusions ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre le régime de l'assureur moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments en termes de prestations.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

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

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

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

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

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum global de 1 000 000 \$ par personne assurée, sa vie durant.

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

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

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;
- d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- e) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- f) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne assurée effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant. La présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;

- g) pour toute demande de prestations résultant directement ou indirectement d'une blessure que la personne assurée s'est infligée elle-même, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait été consciente ou non de ses actes;
- h) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manœuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par la présente garantie;
- i) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

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

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

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

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

Droit de transformation

Tout adhérent dont l'assurance maladie prend fin parce qu'il cesse d'être admissible, peut obtenir de l'assureur sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, une assurance maladie individuelle distincte, aux taux et conditions fixés par l'assureur. L'adhérent doit présenter sa demande par écrit à l'assureur dans les **31 jours** de la cessation de son assurance.

Ce droit de transformation peut également être exercé aux mêmes conditions par toute personne à charge dont l'assurance prend fin par suite du décès de l'adhérent ou lorsqu'elle cesse d'être une personne à charge au sens du contrat.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Cette garantie est disponible uniquement aux adhérents participant au Module Intermédiaire et au Module Complet.

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour des soins dentaires pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés pour tout service prévu par l'assurance, selon les modalités prévues ci-après et celles indiquées au **RÉSUMÉ DES GARANTIES**.

Franchise

25 \$ par adhérent ou par famille, à l'égard de chaque année civile.

Pourcentage de remboursement

	Module Intermédiaire	Module Complet
Soins préventifs	100 %	100 %
Soins de base	80 %	100 %
Restauration majeure	50 %	50 %
Orthodontie	50 %	50 %

Remboursement maximal (par personne assurée)

	Module Intermédiaire	Module Complet
Soins dentaires préventifs, de base et de restauration majeure	1 000 \$ par année civile	1 500 \$ par année civile
Orthodontie	1 000 \$ à vie	1 500 \$ à vie

Frais admissibles

Guide des tarifs de l'année précédente

Avant d'entreprendre un plan de traitement important, il est préférable pour l'adhérent de soumettre ledit plan de traitement à l'assureur en lui faisant parvenir le formulaire d'évaluation rempli par le dentiste.

Description des frais admissibles

Les codes énumérés ci-après sont ceux de la nomenclature des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année 2014 mais ils sont ajustés chaque année pour tenir compte des dispositions du contrat.

- a) SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS (remboursables à 100 %)

DIAGNOSTIC

Examen complet (un examen par période de 3 ans)
01110, 01120 et 01130;

Examen périodique
01200; (un examen par période de 12 mois pour le Module Intermédiaire, un examen par période de 6 mois pour le Module Complet)
01250; (un examen par période de 12 mois)

Examen d'urgence
01300;

Examen parodontal complet
01500; (un examen par période de 60 mois)

Examen des dysfonctions du système stomatognathique
01600; (un examen par période de 60 mois)

Examen prosthodontique
01700; (un examen par période de 24 mois)

Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie
01902;

Radiographies intra-orales (périapicales, occlusales, interproximales) et interprétations
02111, 02112, 02113, 02114, 02115, 02116, 02131, 02132, 02141, 02142, 02143, 02144, 02151 et 02152;

Radiographies extra-orales (sialographies, articulation temporo-mandibulaire, panoramique) et interprétation
02201, 02202, 02304, 02400, 02430, 02504 et 02600;

Tests et examens de laboratoire (tests pulpaire, cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques)
03100, 04100 et 04201;

Biopsie de tissu mou ou de tissu dur et examen cytologique
04302, 04311, 04312, 04401, 04402 et 04403;

Modèles de diagnostic
04501, 04502, 04510, 04520 et 04730;

PRÉVENTION

Prophylaxie (polissage)
Module Intermédiaire : une fois par période de 12 mois,
Module Complet : une fois par période de 6 mois
11100, 11200 et 11300;

Application topique de fluorure
12400;

Analyse de diète et recommandations
13100;

Conseils d'hygiène buccale
13200;

Ablation de matériau obturateur sous-gingival
13301;

Appareils de maintien (incluant surveillance et ajustement)
15108, 15109, 15110, 15111, 15120, 15200, 15210, 15400, 15410 et 15420;

Détartrage

Module Intermédiaire : une fois par période de 12 mois,

Module Complet : une fois par période de 6 mois

43411, 43412, 43413, 43414, 43417 et 43419;

- b) SOINS DENTAIRES DE BASE (remboursables à 80 % pour le Module Intermédiaire et à 100 % pour le Module Complet)

RESTAURATION

Pansement sédatif

20111 et 20121;

Meulage et polissage d'une dent traumatisée

20131;

Recimentation d'un fragment de dent brisée

20161;

Restauration en amalgame

21101, 21102, 21103, 21104, 21105, 21121, 21122, 21123, 21124, 21125, 21211, 21212, 21213, 21214, 21215, 21221, 21222, 21223, 21224, 21225, 21231, 21232, 21233, 21234, 21235, 21241, 21242, 21243, 21244 et 21245;

Tenons par restauration

21301, 21302, 21303 et 21304;

Supplément pour une restauration en amalgame ou composite sous le crochet d'une prothèse partielle existante
21601;

Restauration en acrylique ou composite

23111, 23112, 23113, 23114, 23115, 23118, 23121, 23122, 23210, 23211, 23212, 23213, 23214, 23215, 23220, 23221, 23222, 23223, 23224, 23225, 23311, 23312, 23313, 23314, 23315, 23411, 23412, 23413, 23414 et 23415;

Anesthésie locale

04470 et 04471

**PARODONTIE (TRAITEMENT DE LA GENCIVE ET DES
AUTRES ÉLÉMENTS DE SOUTIEN DE LA DENT)**

Soins de certaines infections aiguës et autres lésions
41200;

Application d'agent désensibilisant
41300;

Actes de chirurgie parodontale
42000, 42001, 42002, 42003, 42010, 42100, 42200, 42300,
42301, 42330, 42331, 42400, 42441, 42451, 42560, 42561,
42565, 42570, 42575, 42611, 42700, 42711, 42720, 49211,
49221 et 49229;

Jumelages provisoires
43200, 43211, 43212, 43260, 43290 et 43295;

Traitements parodontaux d'appoint et appareils parodontaux
43300, 43310, 43611, 43612, 43622, 43711, 43712 et
43732;

CHIRURGIE BUCCALE

Ablation de dent ayant fait éruption
71101 et 71111;

Supplément pour points de suture
71121;

Ablation chirurgicale (complexe)
72100, 72110, 72210, 72220, 72230, 72240, 72300, 72310,
72320, 72350, 72410, 72411 et 72450;

Alvéoloplastie
73100 et 73110;

Ostéoplastie
73133, 73134, 73135 et 73140;

Tubéroplastie
73150 et 73151;

Ablation de surplus de muqueuse
73181, 73182, 73183, 73184, 73185 et 73186;

Ablation de tumeur et de kyste
74108, 74109, 74408, 74409 et 74410;

Incision et drainage
75100, 75101, 75110 et 75361;

Réparation d'une lacération de tissu mou
76950 et 76951;

Frénectomie
77801, 77802 et 77803;

Dislocation de la mandibule
78110 et 78111;

Traitement de glandes salivaires
79103, 79104, 79105, 79106, 79113 et 79144;

ENDODONTIE

Pulpotomie
32201, 32202 et 32210;

Traitement de canal
33100, 33101, 33102, 33110, 33111, 33112, 33200, 33201,
33202, 33210, 33211, 33212, 33300, 33301, 33302, 33310,
33311, 33312, 33400, 33401, 33402, 33410, 33411, 33412
et 33475;

Apexification
33521, 33522, 33523, 33524, 33531, 33532, 33533, 33534,
33541, 33542, 33543 et 33544;

Traitements périapicaux
34101, 34102, 34103, 34104, 34111, 34112, 34114, 34115,
34201, 34202, 34203, 34212 et 34215;

Amputation de racine
34401 et 34402;

Réparation de perforation
34511;

Traitements endodontiques spéciaux et préparation de dent
pour traitement
39100, 39110 et 39120;

Hémisection
39230;

Blanchiment
97101 et 97102;

Réimplantation intentionnelle (comprenant exérèse,
préparation et obturation canalaire, puis reposition)
34451, 34452 et 34453;

TRAITEMENTS D'URGENCE D'ENDODONTIE

Pulpectomie
39901, 39902, 39903 et 39904;

Ouverture de la dent sans pulpectomie
39201 et 39202;

Supplément pour un traitement endodontique à travers une
couronne métal et/ou porcelaine
32101

Tentative infructueuse de compléter un traitement de canal
dû à sa complexité
32102;

Meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique
(traitement distinct)
39970;

Réimplantation d'une dent ayant fait l'objet d'une avulsion
39981;

Reposition d'une dent déplacée par un traumatisme
39985.

- c) SOINS DENTAIRES DE RESTAURATION MAJEURE ^{(1) et (2)}
(remboursables à 50 %)

RESTAURATION

Aurification

24101 et 24102;

Incrustations en or (avec recouvrement de cuspidés)

25100, 25200, 25300 et 25500;

Tenons de rétention dans les incrustations

25601, 25602, 25603 et 25604;

Incrustations en porcelaine

25121, 25122, 25123 et 25521;

Couronnes individuelles (acrylique cuit, or et acrylique ou acrylique sur métal, intermédiaire directe, intermédiaire indirecte, porcelaine, porcelaine sur métal, or (couronne complète), or (couronne 3/4), acier inoxydable préfabriqué, couronne polycarbonate)

22201, 22202, 22211, 22311, 22401, 22411, 22501, 22511, 27100, 27130, 27140, 27150, 27200, 27210, 27300, 27310, 27401, 27501 et 27503;

AUTRES SERVICES

Corps coulé

27640, 27700, 27701, 27707, 27710 et 27711;

Réparation d'une couronne

27721, 27722 et 27723;

Recimentation d'incrustation ou de couronne

29100;

Supplément pour mordantage de la restauration

29200;

Ablation d'une incrustation ou d'une couronne

29301 et 29302;

Corps non coulé (préfabriqué)
29501, 29502 et 29503;

Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne
29600;

PROTHÈSES AMOVIBLES ⁽³⁾

Prothèse complète (immédiate, temporaire, de transition)
51100, 51110, 51120, 51300, 51310, 51320, 51600, 51610,
51620, 51701, 51702 et 51703;

Prothèse partielle (de transition, avec base coulée, alliage
chrome, cobalt ou or, avec attaches de précision, coulée de
type semi-précision)
52101, 52102, 52103, 52104, 52105, 52120, 52121, 52122,
52123, 52124, 52129, 52230, 52231, 52232, 52400, 52410,
52420, 52500, 52510, 52520, 52531, 52542, 52600, 52601,
52610, 52611, 52620, 52630, 52701 et 52702;

Empreinte pour le modèle réfractaire
53150;

Ajustement de prothèse et réparation
54250, 54251, 55101, 55102, 55103, 55104, 55201, 55202,
55203 et 55204;

Additions à une prothèse partielle, nettoyage et polissage de
prothèse
55520, 55530 et 55700;

Duplication, rebasage et regarnissage
56100, 56101, 56200, 56201, 56210, 56211, 56220, 56221,
56222, 56230, 56231, 56232, 56260, 56261, 56262, 56263,
56270, 56271, 56272, 56273, 56280 et 56290;

Réfection de prothèses partielles
56411, 56412 et 56413;

PROTHÈSES FIXES ⁽³⁾

Pontiques

62000, 62100, 62502, 62510, 62700, 62701, 62702 et 62801;

Réparations

63031, 66600, 66601, 66611, 66612, 66620, 66710, 66720 et 66723;

Piliers

65500, 65510, 67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410, 67501, 67711, 67712, 67713, 67721, 67722 et 67723;

Attaches de précision

69300.

Notes

- (1) *Les frais engagés pour la fabrication de prothèses par un membre reconnu de l'Association des denturologistes du Québec sont remboursables conformément aux modalités de la garantie pour de telles prothèses.*
- (2) *L'achat initial de prothèses ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la garantie.*
- (3) *Le remplacement de ces prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse. Cette limite de 5 ans ne s'applique toutefois pas au remplacement de prothèses temporaires qui ont été mises en bouche moins de 12 mois auparavant.*

d) SOINS D'ORTHODONTIE (remboursables à 50 %)

ORTHODONTIE

Exposition chirurgicale d'une dent, incluant attachement orthodontique

72412;

Transplantation d'une dent

72430;

Reposition d'une dent par chirurgie

72440;

Ancrage osseux

79701, 79702 et 79709

Examen complet d'orthodontie

80000;

Ajustement, modifications ou recimentation

80630, 80640, 80650 et 80671, 80672 et 80673;

Urgences orthodontiques

80801;

Orthodontie corrective (appareils amovibles, appareils orthopédiques, appareils fixes bilatéraux et appareils fixes unilatéraux)

14100, 14101, 14102, 14201, 14202, 81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162, 81166, 81167, 81171, 81172, 81173, 81174, 81175, 81201, 81202, 81203, 81204, 81205, 81206, 81207, 81208, 81209, 81210, 81211, 81212, 81213, 81214, 81221, 81222, 81261, 81271, 81291, 81292, 81293 et 81294;

Appareils de contrôle des habitudes buccales (diagnostic, motivation du patient et myothérapie)

14045, 14050 et 14300;

Appareils de rétention
83100, 83111, 83112, 83113, 83114, 83200 et 83210;

Traitement d'orthodontie compréhensif majeur
84000;

Traitement d'orthodontie compréhensif majeur en deux
phases
84500 et 84600;

Versement sur traitement d'orthodontie en cours
89600.

Exclusions applicables à l'assurance frais dentaires

Si la demande d'adhésion d'un salarié dont la participation est facultative ou d'une personne à charge n'est pas présentée dans le délai de 31 jours prévu à cet effet, aucune prestation d'assurance frais dentaires ne sera payable à leur égard pour les frais dentaires engagés au cours des 6 premiers mois de leur assurance.

Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :

- a) frais pour traitements ou prothèses à des fins principalement esthétiques, ou pour la personnalisation de prothèses dentaires, à l'exception de tous frais expressément prévus dans la description de la garantie;
- b) frais remboursables par tout régime gouvernemental ou tout autre régime d'assurance, ou frais que la personne assurée n'est pas tenue de payer;
- c) frais relatifs à des soins ou traitements à titre expérimental;
- d) honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste, si ces honoraires sont assurés en vertu du régime d'assurance maladie;

- e) frais payés ou couverts en vertu d'une loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province de résidence de l'adhérent, ou d'une autre province du Canada, ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- f) frais remboursables en vertu d'un autre régime d'assurance collective;
- g) frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- h) frais pour le remplacement de prothèses perdues ou volées, ou pour le double d'une prothèse ou de tout autre appareil;
- i) honoraires d'un chirurgien dentiste pour un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou pour un formulaire rempli à la demande de l'assureur;
- j) frais engagés en rapport avec l'acquisition de prothèses initiales, si l'extraction qui a rendu ces prothèses nécessaires a eu lieu lorsque la personne concernée n'était pas assurée par un régime de soins dentaires (la personne assurée doit elle-même prouver qu'elle était assurée lorsque l'extraction a eu lieu);
- k) dommages subis par suite du fait intentionnel de la personne assurée, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- l) dommages subis par suite d'une guerre, déclarée ou non, d'une insurrection ou d'une émeute;
- m) dommages subis par suite de la participation de la personne assurée à un crime ou à un attentat quelconque.

Le remplacement de prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait déjà.

Restriction

Les restaurations en composite sur les molaires sont remboursées jusqu'à concurrence du coût des restaurations en amalgame.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident

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

Adhérent

Tout salarié assuré par le présent régime.

Conjoint

Personne qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe, depuis au moins 12 mois;
- c) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe et a eu un enfant avec lui.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation ou la révocation de l'union civile fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis 90 jours ou plus dans le cas d'une union de fait.

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

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible;

- b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.

Enfant à charge

- a) Personne qui réside au Canada et qui :
 - i) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
 - ii) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
 - iii) est totalement invalide, quel que soit son âge, pourvu qu'elle le soit devenue lorsqu'elle était autrement considérée comme enfant à charge aux fins des présentes et qu'elle le soit demeurée de façon continue depuis lors.

Le terme « enfant à charge » désigne également tout enfant dont l'ordonnance de placement, conformément au régime d'adoption, a été délivrée et qui dépend de l'adhérent pour son soutien.

- b) personne atteinte d'une déficience fonctionnelle : personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience survenue avant l'âge de 18 ans, qui est domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

Un enfant à charge satisfaisant à la définition de « déficience fonctionnelle » tout en ne satisfaisant pas à la définition « totalement invalide » n'est pas admissible à la prestation de l'assurance vie des personnes à charge.

Invalidité totale

Tout état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, qui empêche l'adhérent d'accomplir les principales fonctions de son emploi et exige des soins médicaux et qui, s'il persiste plus de 24 mois, sans nécessairement exiger des soins médicaux, empêche l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir.

Une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie n'est pas reconnue comme une invalidité. Toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent régime, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Période d'invalidité totale

Toute période continue d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale dues à une même cause ou à des causes non entièrement différentes et séparées par moins de 31 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, si l'interruption d'invalidité survient au cours des 26 premières semaines d'invalidité totale et par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, si l'interruption survient par la suite. Des périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail sont aussi considérées comme une même période d'invalidité.

Toute période d'invalidité totale résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étrangers à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité, sauf si cette nouvelle invalidité survient au cours d'une période d'invalidité.

Personne à charge

Le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérent tel que défini précédemment.

Personne assurée

L'adhérent ou une de ses personnes à charge assurées.

Salaire

La rémunération qu'un salarié reçoit pour les heures de travail rémunérées au tarif horaire régulier seulement, y compris les heures de faction et les heures effectuées par le salarié sur la liste de rappel, et la prime d'éloignement que pourrait recevoir le salarié. Les primes d'inconvénients soit les primes de soir, de nuit, de fin de semaine et pour les quarts de faction ne sont pas considérées comme du salaire.

Cette définition du terme « salaire » doit être interprétée comme suit dans les cas suivants :

- le salaire correspondant aux heures rémunérées à taux et demi, double ou triple ne doit pas être pris en considération dans le calcul du salaire;
- la rémunération pour les heures de vacances et de congés prises sous forme de vacances ou de congés est incluse dans le salaire;

- la rémunération versée pour des heures de vacances et de congés qui ont été travaillées pendant les vacances ou les congés et qui ont été rémunérées à temps régulier est incluse; cependant, la rémunération versée pour compenser les vacances ou les congés que le salarié ne prendra pas n'est pas incluse (sauf si les heures travaillées en vacances ou congés n'ont pas été rémunérées au tarif horaire régulier);
- les paiements forfaitaires de toutes sortes ne sont pas inclus dans le salaire;
- la rémunération pour le temps travaillé à titre de formateur en prêt de service aux Agences de la santé et des services sociaux ainsi que la rémunération pour le temps en libération syndicale sont incluses dans le salaire.

Pour les salariés à temps partiel, le salaire est révisé le 1^{er} janvier de chaque année, sur la base du temps travaillé durant les 52 dernières semaines.

Salarié à temps complet :

- prime en fonction du salaire de la période de paie;
- prestations basées sur le salaire à l'échelle.

Salarié à temps partiel :

- prime en fonction du salaire établi le 1^{er} janvier (salaire moyen des 52 semaines précédant le 1^{er} janvier),
- pour l'assurance salaire de courte et de longue durée, prestations basées sur le salaire moyen des 12 dernières semaines précédant l'invalidité et pour lesquelles il n'y a eu aucune absence autorisée pour maladie ou congé de maternité.

- pour l'assurance vie, prestations basées sur le salaire établi le 1^{er} janvier.

Salarié

- CLASSE A :
 - tout technicien ambulancier paramédic ou répartiteur médical d'urgence membre de la FPHQ, incluant celui exerçant une fonction syndicale;
 - tout salarié autre qu'un technicien ambulancier paramédic ou un répartiteur médical d'urgence, syndiqué avec la FPHQ et travaillant pour un employeur ayant des techniciens ambulanciers paramédics ou des répartiteurs médicaux d'urgence à son emploi.
- CLASSE B : tout autre salarié ou membre de la direction des employeurs dont les salariés sont membres de la FPHQ, ainsi que les employés de la permanence du syndicat FPHQ.
- SALARIÉ À TEMPS COMPLET : tout salarié détenteur d'un poste à temps complet et qui travaille de façon régulière le nombre maximum d'heures prévu à la classification.
- SALARIÉ À TEMPS PARTIEL : tout salarié détenteur d'un poste à temps partiel, de même que tout salarié qui, bien qu'il ne détienne pas de poste, est inscrit sur la liste de rappel.

ADMISSIBILITÉ

Salarié

Tout salarié à temps complet devient admissible à l'assurance le jour où il entre au service de l'employeur.

Tout salarié à temps partiel devient admissible à l'assurance 45 jours après être entré au service de l'employeur, qu'il ait ou non terminé sa période de probation.

Personne à charge

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

PARTICIPATION ET CHOIX DE MODULE

1. La participation à l'assurance maladie (à un module) est obligatoire pour tout salarié admissible de même que pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve du droit d'exemption.
2. Pour les salariés suivants, la participation à toutes les autres garanties (sauf l'assurance vie additionnelle de l'adhérent) est **obligatoire**, sous réserve du module choisi et du droit d'exemption relativement à l'assurance frais dentaires.
 - a) les salariés à temps complet de la Classe A;
 - b) les salariés à temps complet de la Classe B pour lesquels le comité paritaire a confirmé que la participation est obligatoire;
 - c) les salariés à temps partiel de la Classe A ayant travaillé en moyenne à 50 % ou plus du temps complet au cours de la période de référence de 52 semaines (de 45 jours pour les nouveaux salariés);
 - d) les salariés à temps partiel de la Classe B pour lesquels le comité paritaire a confirmé que la participation est obligatoire et qui ont travaillé en moyenne à 50 % ou plus du temps complet au cours de la période de référence de 52 semaines (de 45 jours pour les nouveaux salariés).

3. Pour les salariés suivants, la participation aux garanties autres que l'assurance maladie est **facultative** sous réserve des dispositions décrites ci-après :
 - a) les salariés à temps partiel ayant travaillé en moyenne à moins de 50 % du temps complet au cours de la période de référence de 52 semaines (de 45 jours pour les nouveaux salariés);
 - b) les salariés de la Classe B pour lesquels le comité paritaire n'a pas confirmé que la participation est obligatoire.

Si le salarié choisit le Module de Base, la participation à l'assurance vie de base de l'adhérent et l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent est facultative. La participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge est facultative mais conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie de base de l'adhérent. La participation à l'assurance salaire de courte durée et à l'assurance salaire de longue durée est aussi facultative mais indissociable et conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie de base de l'adhérent.

Si le salarié choisit le Module Intermédiaire ou le Module Complet, la participation à l'assurance vie de base de l'adhérent et l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent est obligatoire. La participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge est facultative. La participation à l'assurance salaire de courte durée et à l'assurance salaire de longue durée est aussi facultative mais indissociable.

Dans tous les cas, si le salarié désire participer à l'assurance salaire, il doit participer à la fois à l'assurance salaire de courte durée et à l'assurance salaire de longue durée.

Révision de la participation du salarié à temps partiel

Le pourcentage de temps travaillé est recalculé le 1^{er} janvier de chaque année. Le salarié à participation facultative peut alors réviser sa participation. Il peut adhérer à certaines garanties sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, maintenir ou annuler l'assurance qu'il détient déjà, sous réserve de la période minimale de participation de 2 ans aux Modules Intermédiaire ou Complet. Son choix est applicable au 1^{er} janvier et est valable pour les 12 prochains mois, soit jusqu'au 1^{er} janvier suivant, et ne peut être modifié en cours d'année. Toute modification doit être confirmée à l'assureur avant le 31 janvier.

4. Personne assurée de 65 ans et plus

La personne qui atteint 65 ans devient automatiquement assurée par le Régime général d'assurance médicaments pour la partie médicaments (assurance maladie). Elle peut, en avisant l'assureur par écrit au préalable, choisir une des deux options suivantes :

- a) Annuler son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et maintenir sa participation à la portion « assurance maladie » du module détenu. Tous les frais admissibles prévus par l'assurance maladie du présent régime seront remboursés par l'assureur.
- b) Maintenir son inscription à la RAMQ et mettre fin à sa participation à la portion « assurance maladie » du module détenu. La participation à la portion « assurance maladie » se terminera à la date du 65^e anniversaire de naissance du salarié.

S'il s'agit de maintenir l'assurance d'un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, l'avis du salarié doit être accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a annulé son assurance auprès de la RAMQ. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée si le salarié ne le demeure pas lui-même.

La personne qui a choisi de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

5. La participation des personnes à charge aux garanties autres que l'assurance maladie est facultative. Le statut de protection choisi par le salarié doit toutefois respecter ce qui est prévu au TABLEAU DES COMBINAISONS DE STATUTS DE PROTECTION présenté ci-après.

TABLEAU DES COMBINAISONS DE STATUTS DE PROTECTION

Assurance maladie	I	M	M	F	F	E	E	E	E	I	M	F
Assurance frais dentaires (pour Module Intermédiaire et Module Complet)	I	M	I	F	I	E	I	M	F	E	E	E
Assurance vie des personnes à charge	N	M	N	F	N	N, M, F	N	M	F	N	M	F

Légende :

- I = Individuel
- M = Monoparental (sans conjoint)
- F = Familial
- E = Exempté
- N = Non assuré

DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Toute demande d'adhésion doit être transmise à l'assureur au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent et les personnes à charge, s'il y a lieu, deviennent admissibles à l'assurance.

Si ce délai n'est pas respecté, le salarié est assuré d'office à compter de sa date d'admissibilité en vertu du Module de Base avec une protection individuelle, jusqu'à avis contraire de sa part. Le salarié admissible à participation obligatoire est également assuré d'office à compter de sa date d'admissibilité en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent, de l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, de l'assurance salaire de courte durée et de l'assurance salaire de longue durée.

À la réception de la demande d'adhésion faite plus de 31 jours après la date d'admissibilité,

- a) le module choisi et le statut de protection demandé entrent en vigueur à la date à laquelle l'assureur reçoit la demande;
- b) le salarié admissible à participation facultative et ses personnes à charge, s'il y a lieu, doivent fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur relativement aux garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance salaire de courte et de longue durée. De plus, aucune prestation de frais dentaires n'est payable pour les frais engagés par le salarié et ses personnes à charge le cas échéant au cours des 6 premiers mois d'assurance si le Module Intermédiaire ou le Module Complet est choisi.

Le salarié admissible doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur relativement à la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises par le salarié ou ses personnes à charge, l'assureur communique directement avec le salarié pour lui demander de remplir et retourner le formulaire prévu à cet effet.

Le salarié travaillant à moins de 50 % du temps complet dont les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées ne peut pas adhérer aux garanties pour lesquelles son assurabilité a été refusée tant qu'il demeure un salarié travaillant à moins de 50 % du temps complet, à moins qu'il ne soumette de nouvelles preuves d'assurabilité qui seraient acceptées par l'assureur. Ce salarié peut toutefois adhérer aux garanties pour lesquelles la participation est obligatoire dès qu'il travaille à 50 % ou plus du temps complet, même si son assurabilité avait été refusée pour certaines d'entre elles lorsqu'il travaillait à moins de 50 % du temps complet.

CHANGEMENT DE MODULE

Les changements de module à la hausse (de Base à Intermédiaire, de Base à Complet ou d'Intermédiaire à Complet) peuvent se faire au 1^{er} janvier de chaque année, pourvu que la demande écrite soit faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'adhérent soit au travail ou apte au travail au moment où le nouveau module doit entrer en vigueur. S'il est absent du travail au moment où le nouveau module doit entrer en vigueur, le changement prendra effet à la date à laquelle il retournera au travail et s'acquittera de toutes ses fonctions.

Les changements de module à la baisse (de Complet à Intermédiaire, de Complet à de Base ou d'Intermédiaire à de Base) peuvent se faire au 1^{er} janvier de chaque année, pourvu que la demande écrite soit faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'adhérent ait complété une période minimale de 2 ans de participation au module qu'il veut quitter, incluant la période d'exemption, s'il y a lieu.

CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

Les combinaisons de statut de protection mentionnées à la section « Participation et choix de module » doivent être respectées lorsque l'adhérent désire modifier son assurance suite à une modification de son état civil.

Pour effectuer toute modification à son statut de protection, l'adhérent doit remplir le formulaire d'adhésion/modification dans les 31 jours suivant l'événement afin que le nouveau statut de protection s'applique à la date de l'événement.

Si le délai de 31 jours n'est pas respecté, des preuves d'assurabilité sont exigées pour l'assurance vie des personnes à charge si le salarié ne la détenait pas auparavant et aucune prestation de frais dentaires n'est payable à l'égard des personnes à charge au cours des 6 premiers mois de leur assurance (si le salarié détient le Module Intermédiaire ou le Module Complet). Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'employeur pour l'assurance maladie et l'assurance frais dentaires, et l'assurance vie des personnes à charge entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

Droit d'exemption

Un salarié peut s'exempter de participer à l'assurance maladie ou à l'assurance frais dentaires pourvu qu'il en avise son employeur à l'avance et à condition qu'il établisse que lui-même ou ses personnes à charge sont déjà assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Cette possibilité d'exemption s'applique également dans le cas des salariés admissibles qui sont au service de deux employeurs ou qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments.

Un salarié qui détient une protection familiale ou monoparentale avant sa demande d'exemption conservera la garantie d'assurance vie des personnes à charge à moins de préciser sur la demande d'adhésion ou de modification qu'il désire y mettre fin.

Fin du droit d'exemption

Un salarié qui a été exempté de participer à l'assurance maladie ou à l'assurance frais dentaires doit ensuite y adhérer, pourvu qu'il établisse à la satisfaction de l'assureur :

- a) qu'antérieurement, il était assuré en vertu du présent régime ou en vertu de tout autre régime, incluant le Régime général d'assurance médicaments, accordant des garanties similaires au présent régime;
- b) qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré.

Pour ce qui est de l'assurance vie des personnes à charge, si la demande est faite dans les 31 jours qui suivent la fin de l'assurance similaire, cette garantie entre en vigueur à la date de la cessation d'assurance (si le salarié a demandé de cesser sa participation à cette garantie au moment de l'exemption). Toutefois, si la demande est faite plus de 31 jours après la fin de l'assurance similaire, cette garantie entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Selon le type d'exemption demandé par le salarié, les dispositions suivantes s'appliquent lors d'une fin d'exemption :

Fin d'exemption lorsque le salarié était exempté des deux garanties : assurance maladie ET assurance frais dentaires

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>dans les 31 jours qui suivent</u> la date de cessation de l'assurance similaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption.
Demande d'adhésion faite <u>plus de 31 jours après</u> la date de cessation de l'assurance similaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie du Module de Base, protection individuelle 	À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Statut de protection, individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date de réception de la demande par l'employeur. Aucune prestation n'est payable à l'égard des frais dentaires engagés pour les personnes à charge au cours des 6 premiers mois de leur assurance.

Fin d'exemption lorsque le salarié était exempté d'une seule garantie : assurance maladie OU assurance frais dentaires

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Fin d'une exemption de l'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie (selon le module détenu à la date de la cessation de l'assurance similaire) ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption.
Fin d'une exemption de l'assurance frais dentaires (demande d'adhésion faite dans les 31 jours qui suivent la date de cessation de l'assurance similaire)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance frais dentaires (selon le module détenu à la date de la cessation de l'assurance similaire) ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	<p>À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être.</p> <p>Si le salarié admissible n'est pas au travail ou apte au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.</p>

Fin d'exemption lorsque le salarié était exempté d'une seule garantie : assurance maladie OU assurance frais dentaires (suite)

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
<p>Fin d'une exemption de l'assurance frais dentaires (demande d'adhésion faite plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance similaire)</p>	<p>✓ Assurance frais dentaires (selon le module détenu à la date de la cessation d'assurance), protection individuelle</p>	<p>À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être.</p> <p>Si le salarié admissible n'est pas au travail ou apte au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.</p>
	<p>✓ Statut de protection monoparentale ou familiale (selon le statut demandé)</p>	<p>À la date de réception de la demande par l'employeur.</p> <p>Aucune prestation n'est payable à l'égard des frais dentaires engagés pour les personnes à charge au cours des 6 premiers mois de leur assurance.</p>

Fin d'exemption : dispositions applicables à l'assurance vie des personnes à charge

Si le salarié a demandé de cesser sa participation au moment de l'exemption, l'assurance vie des personnes à charge entre en vigueur selon ce qui suit :

Situation	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>dans les 31 jours qui suivent</u> la date de cessation de l'assurance maladie ou frais dentaires similaire	À la date de cessation de l'assurance qui a permis l'exemption.
Demande d'adhésion faite <u>plus de 31 jours après</u> la date de cessation de l'assurance maladie ou frais dentaires similaire	1 ^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur

DÉBUT DE L'ASSURANCE

Les tableaux suivants décrivent les dispositions qui s'appliquent pour l'entrée en vigueur de l'assurance de chacune des garanties.

NOTE IMPORTANTE :

Date du début de l'assurance : chaque date indiquée dans les tableaux suivants n'est valide que si le salarié est au travail ou apte au travail à cette date. Si le salarié admissible n'est pas au travail ou apte au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

Cette condition ne s'applique pas à la garantie d'assurance maladie.

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation obligatoire

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>dans les 31 jours qui suivent</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie de base ✓ Assurance décès ou mutilation par accident ✓ Assurance vie des personnes à charge ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Assurance salaire de courte durée et de longue durée ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie additionnelle de l'adhérent 	1 ^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation obligatoire

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite plus de 31 jours après la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie de base ✓ Assurance décès ou mutilation par accident ✓ Assurance maladie du Module de Base, protection individuelle ✓ Assurance salaire de courte durée et de longue durée 	À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	<p>À la date de réception de la demande par l'employeur.</p> <p>Aucune prestation n'est payable à l'égard des frais dentaires engagés pour les personnes à charge au cours des 6 premiers mois de leur assurance.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie des personnes à charge ✓ Assurance vie additionnelle de l'adhérent 	1 ^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation facultative qui décide de participer au Module de Base seulement

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>dans les 31 jours qui suivent</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	<ul style="list-style-type: none">✓ Assurance maladie du Module de Base ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé)	À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.
Demande d'adhésion faite <u>plus de 31 jours après</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	✓ Assurance maladie du Module de Base, protection individuelle	À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.
	✓ Statut de protection monoparentale ou familiale (selon le statut demandé)	À la date de réception de la demande par l'employeur.

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation facultative qui décide de participer à l'assurance maladie et aux autres garanties du régime

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
<p>Demande d'adhésion faite <u>dans les 31 jours qui suivent</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance</p>	<p>Selon les garanties choisies</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie de base ✓ Assurance décès ou mutilation par accident ✓ Assurance vie des personnes à charge ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Assurance salaire de courte durée et de longue durée ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	<p>À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie additionnelle de l'adhérent 	<p>1^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur</p>

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation facultative qui décide de participer à l'assurance maladie et aux autres garanties du régime (suite)

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>plus de 31 jours après</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie du Module de Base, protection individuelle 	À la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance.
	Si le salarié choisit le Module de Base :	
	<p>Selon les garanties choisies</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie de base ✓ Assurance décès ou mutilation par accident ✓ Assurance salaire de courte durée et de longue durée ✓ Assurance vie des personnes à charge ✓ Assurance vie additionnelle de l'adhérent 	1 ^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Statut de protection monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date de réception de la demande par l'employeur

DÉBUT DE L'ASSURANCE (suite)

Salarié admissible à participation facultative qui décide de participer à l'assurance maladie et aux autres garanties du régime (suite)

Situation	Garanties et statut de protection	Date du début de l'assurance
Demande d'adhésion faite <u>plus de 31 jours après</u> la date à laquelle le salarié devient admissible à l'assurance	Si le salarié choisit le Module Intermédiaire ou Complet :	
	Selon les garanties choisies <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance maladie (selon le module choisi) ✓ Assurance frais dentaires (selon le module choisi) ✓ Statut de protection individuelle, monoparentale ou familiale (selon le statut demandé) 	À la date de réception de la demande par l'employeur Aucune prestation n'est payable à l'égard des frais dentaires engagés pour le salarié et ses personnes à charge au cours des 6 premiers mois de leur assurance.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance vie de base ✓ Assurance décès ou mutilation par accident ✓ Assurance salaire de courte durée et de longue durée ✓ Assurance vie des personnes à charge ✓ Assurance vie additionnelle de l'adhérent 	1 ^{er} jour de la période de prime qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur

FIN DE L'ASSURANCE

1) Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23:59:59 heures à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin du contrat sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- c) la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour une autre raison que la retraite, pour toutes les garanties, à l'exception de l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent et de l'assurance vie des personnes à charge;
- d) le premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou suit la date de sa retraite, pour toutes les garanties, à l'exception de l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent et de l'assurance vie des personnes à charge;
- e) le 31^e jour qui suit la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent et l'assurance vie des personnes à charge;
- f) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de courte durée;
- g) la date à laquelle l'adhérent avise l'employeur de mettre fin à sa participation à l'assurance vie additionnelle;
- h) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de longue durée. Toutefois, l'adhérent qui atteint l'âge de 64 ans et 6 mois cesse de cotiser;

- i) le 31 décembre, si la demande de changement de module de Complet à Base ou d'Intermédiaire à Base est transmise avant le 1^{er} décembre, à l'égard de l'assurance frais dentaires.

2) **Personne à charge**

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 23:59:59 heures, à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- c) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit de transformation;
- d) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit de transformation;
- e) la date à laquelle le salarié demande d'être assuré sans personne à charge, ou de passer d'une protection familiale à une protection monoparentale, à condition que cette date ne soit pas antérieure à la date d'échéance de toute prime non payée pour ces personnes à charge et sous réserve de toute autre disposition du présent régime.

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Toutes les personnes assurées sont considérées comme étant assurées en vertu des Lois sur l'assurance hospitalisation et sur l'assurance maladie du Québec et les sommes versées par l'assureur ne doivent en aucun cas dépasser celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de ces lois.

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

ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

Lors d'une absence temporaire du travail, des arrangements administratifs doivent être pris **avant le départ** pour qu'il n'y ait pas d'interruption d'assurance pour non-paiement des primes.

La date prévue de retour au travail suite à un congé sans solde peut être avancée uniquement dans le cas où l'adhérent fait un retour effectif au travail.

Congé avec solde et congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins

La participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines

La participation à l'assurance maladie du module détenu est maintenue pour la durée d'une telle absence, pour l'adhérent, de même que pour ses personnes à charge, le cas échéant. L'adhérent doit payer à l'assureur la totalité de la prime par l'intermédiaire de son employeur. Cependant, tel que prévu à la Loi sur les normes du travail, durant un congé pour raisons familiales ou parentales, l'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Par ailleurs, la participation de l'adhérent aux autres garanties incluant l'assurance frais dentaires du module détenu est suspendue et il cesse d'être assuré pendant ce congé, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. La participation de l'adhérent reprend d'office dès qu'il retourne effectivement au travail contre rémunération et il recommence alors à être assuré. Toutefois, l'adhérent en congé sans solde peut maintenir sa participation à l'ensemble des garanties du régime d'assurance collective et continuer d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant, en payant la totalité de la prime prévue au contrat par l'intermédiaire de son employeur. Cependant, tel que prévu à la Loi sur les normes du travail, durant un congé pour raisons familiales ou parentales, l'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Si une invalidité débute durant ce congé, la période d'invalidité totale est considérée comme débutant à la date prévue du retour au travail à condition que l'assurance salaire ait été maintenue durant le congé.

Lors d'un congé sans solde, la prime de tout adhérent qui est un salarié à temps complet est en fonction du salaire à la date du début du congé et il en est de même des prestations. La prime de tout adhérent qui n'est pas un salarié à temps complet est en fonction du salaire à la date du début du congé réduit au prorata, sur la base du temps travaillé au cours des 12 semaines précédant le début du congé pour lesquelles aucune absence autorisée pour maladie ou congé de maternité n'a été accordée. Les prestations, le cas échéant, sont en fonction du même salaire réduit.

Congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes

Lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, la participation de l'adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, peut être maintenue sous réserve du paiement de la prime totale. Toutefois, la participation à l'assurance maladie du module détenu doit être maintenue pendant la durée du congé.

Les montants versés par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viendront réduire les prestations payables par le présent régime.

Congé partiel sans solde

Le salarié est régi par les règles applicables au salarié à temps partiel. Le salaire utilisé aux fins du paiement des primes et des prestations est déterminé en fonction du salaire réduit durant le congé partiel sans solde. Par la suite, le salaire à temps complet est utilisé pour déterminer les prestations lorsque l'invalidité se poursuit au-delà du congé partiel sans solde.

Mise à pied temporaire, grève, lock-out

L'assurance est maintenue en vigueur en autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur et l'adhérent continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. Il est par ailleurs entendu que ce maintien d'assurance ne peut excéder 12 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire.

De plus, si une invalidité débute moins de 14 jours avant la mise à pied et si un avis de mise à pied est transmis à l'adhérent avant que l'invalidité ne débute, les prestations d'assurance salaire de courte durée cessent au plus tard le jour de la mise à pied, sauf si l'invalidité entraîne une hospitalisation continue d'au moins 48 heures.

Régime de congé à traitement différé

- Durant la période de contribution du salarié : la participation au régime d'assurance collective est maintenue durant cette période et l'adhérent continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire réduit.
- Durant la période de congé : les modalités du congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines s'appliquent. Le salarié doit aviser son employeur de son choix avant la période de congé. Si le salarié choisit de maintenir sa participation, le salaire assuré est basé sur le salaire réduit.

Suspension

- Pour une suspension de quatre semaines ou moins, la participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.
- Pour une suspension de plus de quatre semaines, les modalités du congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines s'appliquent.

Absence pour maladie ou accident

Lorsqu'un adhérent dont l'invalidité n'est pas reconnue par l'assureur et est dans l'impossibilité de retourner au travail pour une raison autre qu'un accident de travail reconnu par la CSST, il est considéré en absence pour maladie ou accident. Ce dernier peut alors maintenir ses garanties en vigueur, à l'exception de l'assurance salaire de courte durée et de longue durée, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date où il atteint 36 mois d'invalidité à condition qu'il y ait rupture du lien d'emploi;
- 2) la date où il cesse d'être un salarié et qu'il y a rupture du lien d'emploi.

L'adhérent doit payer la prime totale (adhérent/employeur) par l'intermédiaire de son employeur.

Congédiement contesté

Un adhérent congédié pour lequel le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir en vigueur sa participation à l'assurance maladie du module détenu à son égard et à celui de ses personnes à charge, le cas échéant. Il peut, s'il le désire, continuer d'être assuré, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en vertu des autres garanties, incluant l'assurance frais dentaires du module détenu. L'assurance s'applique jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue à l'égard de son congédiement, y compris les procédures d'appel, le cas échéant. L'adhérent doit payer la prime totale (adhérent/employeur) par l'intermédiaire de son employeur.

Retraite progressive

La participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. Le salaire assurable est déterminé comme suit :

- pour l'assurance vie de base et l'assurance décès ou mutilation par accident : selon le salaire à temps complet;
- pour l'assurance salaire de courte et de longue durée : selon le salaire à temps réduit.

Le versement des prestations d'assurance salaire de courte et de longue durée ne peut dépasser la date de fin de l'entente de retraite progressive.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, toutes ses garanties d'assurance sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter du premier jour de la première période de paie de l'adhérent qui coïncide avec ou suit le début de l'invalidité totale. Ce maintien d'assurance sans paiement de prime prend fin au terme de la période de paie de l'adhérent au cours de laquelle se trouve la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, s'il s'agit de l'assurance salaire de courte durée et de l'assurance salaire de longue durée ou si l'invalidité a débuté avant l'âge de 62 ans et qu'il s'agisse de l'assurance vie de base de l'adhérent, de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, de l'assurance vie des personnes à charge, de l'assurance décès ou mutilation par accident, de l'assurance maladie ou de l'assurance frais dentaires;
- b) la date à laquelle prend fin la troisième année d'une même période d'invalidité totale, si l'invalidité a débuté à 62 ans ou après et qu'il s'agisse de l'assurance vie de base de l'adhérent, de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, de l'assurance vie des personnes à charge, de l'assurance décès ou mutilation par accident, de l'assurance maladie ou de l'assurance frais dentaires;

- c) la date de la fin du contrat, s'il s'agit de l'assurance vie des personnes à charge, de l'assurance décès ou mutilation par accident, de l'assurance maladie ou de l'assurance frais dentaires;
- d) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite.

Un adhérent invalide en assignation temporaire qui reçoit son plein salaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation. L'exonération des primes est donc suspendue et les primes sont requises durant cette période.

SALARIÉ QUI PREND SA RETRAITE

Lorsqu'un adhérent prend sa retraite, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) le régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite;
- 2) le salarié doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être couvert par le Régime général d'assurance médicaments;
- 3) le salarié peut adhérer à un régime individuel d'assurance maladie offert aux retraités, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en remplissant une demande d'adhésion à cet effet dans les 60 jours suivant la date de la retraite;
- 4) le salarié peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie sans garantie d'assurance en cas d'accident, à la condition d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent la fin de son assurance. Il en est de même pour toute personne à charge dont l'assurance prend fin.

SALARIE QUI ATTEINT 65 ANS

Lorsqu'un adhérent atteint 65 ans, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) il devient automatiquement assuré par le Régime général d'assurance médicaments et il doit alors faire un choix et en aviser l'assureur par écrit au préalable. L'adhérent peut :
 - i) annuler son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec et maintenir sa participation à la portion « assurance maladie » du module qu'il détient; ou
 - ii) maintenir son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec et ainsi mettre fin à sa participation à la portion « assurance maladie » du module qu'il détient (ce choix ne peut être modifié ultérieurement).
- 2) les garanties d'assurance salaire de courte durée et de longue durée se terminent;
- 3) les garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance décès ou mutilation par accident et d'assurance vie des personnes à charge se poursuivent, mais les sommes assurées sont réduites de 50 %;
- 4) la garantie d'assurance frais dentaires du module détenu se poursuit.

DEMANDES DE PRESTATIONS

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

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

Assurance vie, assurance décès ou mutilation par accident et assurance salaire

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

Assurance maladie

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de carte de paiement de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification du salarié. Le mode de paiement prévu par le présent régime est « direct » et permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.

Dans le cas de la perte ou du vol de la carte de paiement de médicaments, le salarié doit communiquer sans délai avec l'assureur aux numéros indiqués à la fin de la présente section.

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement par carte, l'adhérent doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées.

Pour tout autre achat

L'assureur recommande au salarié assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé.

Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, le salarié devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour toute demande de prestations, le salarié assuré doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées ou utiliser les services électroniques offerts par l'assureur.

Annulation de voyage

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

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

Assurance frais dentaires

- 1) Pour le remboursement des frais dentaires, la personne assurée doit présenter la carte de paiement dentaire au dentiste participant. Cette carte permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

- 2) Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus. L'adhérent doit alors soumettre une demande de prestations à l'assureur accompagnée des pièces justificatives à chaque période de 6 mois, ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie.

Les demandes de prestations dûment remplies doivent être adressées à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, la personne assurée peut communiquer directement avec le service à la clientèle de l'assureur aux numéros de téléphone ci-dessous :

- **Prestations d'assurance maladie, de frais dentaires, d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage ou pour demander une nouvelle carte de paiement de médicaments :**
 - (418) 838-7843 (Région de Québec)
 - 1-800-463-7843 (autres régions, numéro sans frais)

- **Prestations d'assurance salaire**
 - (418) 838-7750 (Région de Québec)
 - 1 877 838-7750 (autres régions, numéro sans frais)

- **Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante :**
 - servicecollectif@dsf.ca

Site internet pour les adhérents

Vous pouvez consulter la présente brochure sur notre site internet à l'adresse suivante : www.dsf.ca. Pour y accéder, suivez les étapes suivantes :

- 1) Dans la section Accès sécurisé, choisissez «Adhérents – assurance collective», puis cliquez sur «Entrer».
- 2) S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur « Inscrivez-vous maintenant » et suivez les instructions.
- 3) Si vous êtes déjà inscrit, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur « Confirmer ».
- 4) Dans la section Je me renseigne, cliquez sur « Information sur votre régime ».
- 5) Cliquez sur l'hyperlien « Salariés membres de la FPHQ ».

Une fois inscrit, vous pouvez également

- 1) adhérer au service de dépôt direct et d'avis électronique;
- 2) consulter l'historique et le stade de traitement de vos demandes de prestations d'assurance maladie et d'assurance frais dentaires;
- 3) imprimer des formulaires préremplis pour soumettre vos demandes de prestations;
- 4) visualiser l'évolution de l'analyse d'un plan de traitement soumis en assurance frais dentaires.

Pour accéder à ces informations, cliquez sur l'hyperlien correspondant de la section « Je veux ».

Demandes de modifications :

L'adhérent doit se procurer le ou les formulaires requis auprès de son employeur et les retourner dûment remplis à l'assureur.

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
SALARIÉS MEMBRES DE LA FPHQ**

La prime totale du régime d'assurance collective est partagée entre l'employeur et le salarié selon les dispositions prévues à la convention collective. Toutefois, la prime de l'assurance frais dentaires et de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent est assumée en totalité par le salarié.

CONTRAT N° N008

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR LE 12 JANVIER 2014

	Période de 28 jours	Période de 14 jours
Assurance vie de base de l'adhérent	0,214 % du salaire	0,214 % du salaire
Assurance décès ou mutilation par accident	0,035 % du salaire	0,035 % du salaire
Assurance vie des personnes à charge	Mono : 0,35 \$ par famille Fam. : 1,09 \$ par famille	Mono : 0,18 \$ par famille Fam. : 0,55 \$ par famille
Assurance salaire de courte durée	2,413 % du salaire	2,413 % du salaire
Assurance salaire de longue durée	2,174 % du salaire	2,174 % du salaire

		Période de 28 jours	Période de 14 jours
Module de Base	Assurance maladie	Ind. : 63,12 \$	Ind. : 31,56 \$
		Mono : 126,59 \$	Mono : 63,30 \$
		Fam. : 210,50 \$	Fam. : 105,25 \$
Module Intermédiaire	Assurance maladie	Ind. : 71,06 \$	Ind. : 35,53 \$
		Mono : 142,49 \$	Mono : 71,25 \$
		Fam. : 236,93 \$	Fam. : 118,47 \$
	Assurance frais dentaires	Ind. : 21,24 \$	Ind. : 10,62 \$
		Mono : 44,16 \$	Mono : 22,08 \$
		Fam. : 74,15 \$	Fam. : 37,08 \$
Module Complet	Assurance maladie	Ind. : 77,11 \$	Ind. : 38,56 \$
		Mono : 154,62 \$	Mono : 77,31 \$
		Fam. : 257,10 \$	Fam. : 128,55 \$
	Assurance frais dentaires	Ind. : 26,23 \$	Ind. : 13,12 \$
		Mono : 54,52 \$	Mono : 27,26 \$
		Fam. : 91,55 \$	Fam. : 45,78 \$

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT**Taux de prime par 28 jours par 1 000 \$ d'assurance**

ÂGE	HOMME		FEMME	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeuse	Fumeuse
Moins de 20 ans	0,052 \$	0,079 \$	0,027 \$	0,044 \$
20 à 24 ans	0,052 \$	0,079 \$	0,027 \$	0,044 \$
25 à 29 ans	0,052 \$	0,079 \$	0,027 \$	0,044 \$
30 à 34 ans	0,053 \$	0,089 \$	0,027 \$	0,066 \$
35 à 39 ans	0,067 \$	0,115 \$	0,044 \$	0,079 \$
40 à 44 ans	0,104 \$	0,195 \$	0,071 \$	0,133 \$
45 à 49 ans	0,176 \$	0,328 \$	0,115 \$	0,222 \$
50 à 54 ans	0,300 \$	0,549 \$	0,197 \$	0,354 \$
55 à 59 ans	0,500 \$	0,869 \$	0,310 \$	0,558 \$
60 à 64 ans	0,772 \$	1,312 \$	0,484 \$	0,824 \$
65 à 69 ans	1,400 \$	2,570 \$	0,869 \$	1,595 \$

Ces taux de prime n'incluent pas la taxe provinciale de 9 %.

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

MC Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Ce document est imprimé sur du papier Cascades Rolland Enviro100.

