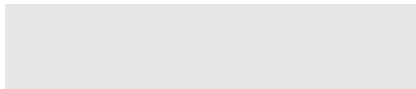


PAR COURRIEL

Québec, le 22 juin 2023



N/Réf. : 91321

Objet : Votre demande d'accès aux documents



Nous donnons suite à votre demande d'accès du 10 juin dernier, dont nous avons pris connaissance le 12 juin, laquelle mentionne ce qui suit :

« J'aimerais obtenir les deux contrats d'assurance suivants (et non les brochures explicatives déjà disponibles sur le site de l'assureur LaCapitale/Beneva, qui mentionnent tous deux de s'adresser au SCT pour obtenir les versions complètes):

- Le contrat 5293 (avocat et notaires)
- Le contrat 9800 (professionnels non syndiqués) »

Pour le premier contrat, conformément à l'article 1 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, c. A-2.1) ci-après la « Loi sur l'accès », le Secrétariat du Conseil du trésor ne détient pas ce document. En effet, le gouvernement du Québec n'est pas le preneur de ce contrat. Celui-ci appartient à un tiers, soit Les avocats et notaires de l'État québécois. Nous vous invitons à leur adresser une demande afin d'en obtenir une copie.

Pour le second contrat, il vous est en partie accessible. En effet, « l'Entente financière » qui fait partie du contrat ne peut vous être transmise puisqu'elle contient en substance des renseignements de nature financière, commerciale et technique provenant d'un tiers (La Capitale/Beneva). Ces renseignements sont de nature confidentielle et traités habituellement par ce tiers de façon confidentielle. Conséquemment, cette partie du document a été enlevée puisque non accessible suivant les articles 14, 23 et 24 de la Loi sur l'accès. Vous trouverez ci-joint une copie du contrat incluant ses avenants.

... 2

Nous vous indiquons que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Vous trouverez en pièces jointes une note explicative concernant l'exercice de ce recours ainsi que le libellé des articles précités.

Veuillez agréer, [REDACTED], nos salutations distinguées.

Original signé

Maxime Perreault
Responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels

p. j.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO 9800

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Ci-après appelé le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonnement aux clauses et conditions du présent contrat, à verser les prestations prévues en vertu de ce contrat.

Les clauses et conditions contenues aux pages suivantes et à l'entente financière font partie intégrante du présent contrat tout comme si elles figuraient au-dessus des signatures ci-apposées.

Toute modification apportée au présent contrat ou à l'entente financière doit être acceptée par l'Assureur et le Preneur du contrat et signée par un représentant autorisé des deux parties.

Entrée en vigueur : Le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Année d'assurance : La période s'étendant entre la date d'entrée en vigueur du contrat et la date de renouvellement qui suit immédiatement, et toute période de 12 mois comprise entre 2 dates de renouvellement.

Date de renouvellement : Le 1^{er} janvier 2016 et la date du début de la première période de paie complète de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : Toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 00.01 seconde au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

EN FOI DE QUOI, le présent contrat est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec, le 25^e jour du mois de mai 2015.

Jean Guay

Pierre Marc Bellavance

POUR LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire des représentants dûment autorisés à cette fin, accepte le présent contrat selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À QUÉBEC le 25^e jour du mois de juin 2015.

Représentant autorisé

Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

9800 – Le gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	9
2.1 Admissibilité.....	9
2.2 Participation.....	10
2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance.....	19
2.4 Dispositions transitoires.....	21
2.5 Modification des prestations	22
2.6 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail.....	22
2.7 Preuves d'invalidité	25
ARTICLE 3 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES EMPLOYÉS.....	27
3.1 Frais d'hospitalisation	33
3.2 Assurance voyage	34
3.3 Assurance annulation de voyage	40
3.4 Frais de médicaments	45
3.5 Autres frais admissibles.....	47
3.6 Soins oculaires	53
3.7 Exclusions et réduction du régime	53
3.8 Demande de prestations.....	55
3.9 Coordination des prestations	55
3.10 Renseignements.....	55
3.11 Renonciation à la responsabilité	56
3.12 Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	56
3.13 Prolongation	56
3.14 Prolongation en cas de transformation	57
3.15 Transformation	57
3.16 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.....	57
3.17 Prolongation en cas de retraite	57
3.18 Modalité de paiement.....	58

3.19	Fin de l'assurance.....	58
ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES RETRAITÉS.....		59
4.1	Frais d'hospitalisation	59
4.2	Assurance voyage	59
4.3	Assurance annulation de voyage	65
4.4	Frais de médicaments	70
4.5	Autres frais admissibles	72
4.6	Exclusions et réduction du régime	79
4.7	Demande de prestations.....	80
4.8	Coordination des prestations	81
4.9	Renseignements.....	81
4.10	Renonciation à la responsabilité	81
4.11	Prolongation en cas de transformation	81
4.12	Transformation	82
4.13	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.....	82
4.14	Modalité de paiement.....	82
4.15	Fin de l'assurance.....	82
ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES EMPLOYÉS.....		85
5.1	Régime d'assurance vie de base de l'adhérent.....	85
5.2	Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles	86
5.3	Régime d'assurance vie des personnes à charge.....	87
5.4	Régime d'assurance vie facultative.....	87
5.5	Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et de son conjoint	89
5.6	Prolongation en cas de transformation	96
5.7	Transformation des régimes d'assurance vie de base de l'adhérent, vie des personnes à charge et d'assurance vie facultative.....	96
5.8	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	97
5.9	Bénéficiaire.....	98
5.10	Paiement de l'assurance.....	98

5.11	Païement anticipé en cas de maladie en phase terminale pour l'adhérent ou de son conjoint	98
5.12	Prolongation en cas de retraite	99
5.13	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.....	99
5.14	Fin de l'assurance.....	99
ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS		103
6.1	Régime d'assurance vie du retraité.....	103
6.2	Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité.....	103
6.3	Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité.....	104
6.4	Bénéficiaire.....	104
6.5	Païement de l'assurance.....	104
6.6	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.....	105
6.7	Fin de l'assurance.....	105
ARTICLE 7 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE.....		107
7.1	Période de prestations.....	107
7.2	Délai de carence.....	107
7.3	Montant des prestations.....	107
7.4	Dispositions particulières	111
7.5	Indexation	112
7.6	Exclusions et réduction du régime	112
7.7	Réadaptation	113
7.8	Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	114
7.9	Fin de l'assurance.....	114
7.10	Supplément aux prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse.....	115
ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE		117
8.1	Taux de prime.....	117

8.2	Modification des taux de prime	122
8.3	Changement de politique gouvernementale.....	123
8.4	Paie ment des primes	123
8.5	Délai de grâce	123
ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT.....		125
9.1	Non-paiement de la prime.....	125
9.2	Préavis.....	125
9.3	Faillite	125
9.4	Pourcentage d'adhésion	125
ARTICLE 10 - MODIFICATION AU CONTRAT		127
ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES		129
ARTICLE 12 - LE CONTRAT		133

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour l'interprétation du présent contrat et sauf stipulation contraire, les expressions suivantes désignent :

- 1.1 « **Accident** » : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente, et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.
- 1.2 « **Activité à caractère commercial** » : assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
- 1.3 « **Adhérent** » : un employé ou un retraité qui est admissible à l'assurance et qui est assuré par l'un ou l'autre des régimes décrits dans le contrat.
- 1.4 « **Âge** » : l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'employé ou du retraité assuré.
- 1.5 « **Assiste**ur » : CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.6 « **Associé en affaires** » : la personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- 1.7 « **Assuré** » : un adhérent ou l'une des personnes à sa charge assuré en vertu de ce contrat.
- 1.8 « **Centre hospitalier** » : centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.
- 1.9 « **Comité** » : le comité d'assurance pour les professionnels syndiqués et non syndiqués du gouvernement du Québec à l'emploi du gouvernement du Québec et des organismes affiliés.
- 1.10 « **Compagnon de voyage** » : la personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

- 1.11 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les employés et les retraités de l'employeur ainsi que leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.12 « **Date de mise à la retraite** » : date pour laquelle un employé débute sa retraite selon le régime de retraite auquel il participe.
- 1.13 « **Délai de carence** » : la période continue pendant laquelle l'adhérent employé doit être absent du travail par suite d'une invalidité avant d'avoir droit à des prestations d'invalidité de l'Assureur.
- 1.14 « **Dentiste** » : toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.
- 1.15 « **Employé** » : un fonctionnaire en poste au pays ou à l'étranger ou une personne à l'emploi de l'employeur, visé par la réglementation de travail applicable.
- 1.16 « **Employeur** » : le gouvernement du Québec ou les commissions, les régies ou les organismes gouvernementaux.
- 1.17 « **Frais de voyage payés d'avance** » : toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyages, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.
- 1.18 « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
- 1.19 « **Hôte à destination** » : la personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

1.20 « **Invalidité totale** » :

1.20.1 Juristes non syndiqués :

1.20.1.1 Pendant les 24 premiers mois d'une même période d'invalidité, un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, ou une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'assuré totalement incapable d'accomplir les tâches de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

1.20.1.2 Après les 24 premiers mois d'une même période d'invalidité, un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'assuré totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

1.20.2 Autres employés admissibles à l'assurance :

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances ou d'un don d'organe sans rétribution qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée et les 24 mois qui suivent, empêche complètement l'adhérent d'exercer toutes les fonctions de son occupation régulière et après cette période empêche complètement l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur auquel il est raisonnablement apte suivant son éducation, sa formation et son expérience; les soins continus ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue ou qu'elle puisse être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

1.21 « **Maladie** » : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

1.22 « **Médecin** » : toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale ou toute autre loi au même effet du lieu où sont rendus les services.

- 1.23 « **Non-fumeur** » : un assuré qui, au cours des 12 derniers mois, n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit. En cas de fausse déclaration de la part de l'assuré, l'assurance est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme doit en informer par écrit l'Assureur à l'aide d'une attestation à cet effet. L'assuré doit avoir cessé ses habitudes de tabagisme 12 mois avant que la modification puisse être effectuée.
- 1.24 « **Période de rémission** » : une période au cours de laquelle un adhérent qui était invalide cesse de l'être.
- 1.25 « **Période d'invalidité totale** » :
- 1.25.1 Durant l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 52 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente soit attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.
- 1.25.2 Par la suite, durant les 52 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 30 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente soit attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.
- 1.25.3 Après l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 104 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie, même grossesse ou même accident, séparées par des intervalles de travail à temps plein ou à temps partiel de moins de 180 jours, à moins que l'invalidité totale, pendant une période, ne résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie, de la grossesse ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente et que l'invalidité totale ne débute qu'après le retour au travail.

1.26 « **Personne à charge** » : le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent, tel que défini ci-après :

1.26.1 « Conjoint » : l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis un an ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

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

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

Si un adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour tous les régimes du contrat.

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

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ; une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que l'adhérent ou son conjoint subviene à ses besoins dans une large mesure ;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

- iii) une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenu alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

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

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

- 1.27 « **Proche parent** » : le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de l'assuré.
- 1.28 « **Programme de réadaptation** » : s'entend d'un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour un adhérent et qui consiste :
 - a) soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce l'adhérent invalide;
 - b) soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.
- 1.29 « **Régime général d'assurance médicaments** » : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 1.30 « **Réglementation de travail applicable** » : ensemble de documents régissant les conditions de travail s'appliquant aux professionnels syndiqués, mais non syndiqués à l'emploi de l'employeur.

- 1.31 « **Retraité** » : un employé qui prend sa retraite en vertu d'un régime de retraite administré par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), tel que le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), le Régime de retraite des enseignants (RRE), le Régime de retraite de certains enseignants (RRCE), le Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC) ou le Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ) et le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Toutefois, un retraité invalide avant l'âge normal de retraite n'est pas considéré comme un retraité, mais plutôt comme une personne invalide, et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans.
- 1.32 « **Traitement** » : le traitement ou salaire de l'employé déterminé en vertu de la réglementation de travail applicable pour établir sa protection aux régimes d'assurance prévus au présent contrat.
- 1.33 « **Traitement net** » : le traitement ou salaire brut moins les cotisations au régime de retraite de l'employeur, à la Régie des rentes du Québec, aux Ressources humaines et développement des compétences Canada, au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations faites à l'employeur.
- 1.34 « **Voyage** » : pour la garantie d'assurance annulation de voyage, nous entendons par « voyage » un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Tout employé est admissible à l'assurance à compter :

2.1.1.1 De la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'un employé assuré en vertu des contrats antérieurs, conformément aux dispositions de transition.

2.1.1.2 De la date à laquelle il complète le délai d'admissibilité, soit après 1 mois de service actif et continu de travail pour l'employé dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps plein, à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date.

2.1.1.3 De la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel ou à compter de la date de nomination si l'acte de titularisation est antérieur à la nomination pour l'employé au service de l'employeur dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps plein et qui n'occupait pas antérieurement un poste visé par la réglementation de travail applicable.

2.1.2 Un employé occasionnel engagé pour un surcroît de travail d'une durée de plus de 6 mois ou pour un projet spécifique d'une année ou plus ou à la suite de l'absence d'un employé pour une année ou plus est admissible à l'assurance selon les mêmes règles que celles décrites à l'article 2.1.1. Toutefois, l'employé occasionnel réengagé à la suite d'une interruption de 60 jours ou moins est admissible à compter de la date de son réengagement.

2.1.3 Tout retraité assuré en vertu des contrats antérieurs est admissible à l'assurance des retraités à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Tout adhérent qui prend sa retraite est admissible à l'assurance à compter de sa date de mise à la retraite. À cette fin, la personne invalide exonérée qui atteint l'âge de 65 ans est considérée dès lors comme un retraité.

Un retraité qui termine sa protection à l'un ou l'autre des régimes qu'il détient n'est plus admissible à ce régime par la suite, sous réserve de l'article 2.2.8 « Droit d'exemption du régime d'assurance maladie des retraités ».

2.1.4 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 où elle le devient.

- 2.1.5 Dans le cas d'un nouveau groupe d'employés accepté par le Comité et dans le cas d'un nouveau groupe d'employés qui devient assujéti à la réglementation de travail applicable après la date d'entrée en vigueur du présent contrat, lesdits employés sont admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat à la date d'acceptation du groupe arrêtée par le Comité.

2.2 Participation

2.2.1 Participation au **régime modulaire d'assurance maladie des employés**

2.2.1.1 Description des trois régimes

Le régime modulaire d'assurance maladie offre les 3 régimes suivants et l'employé doit choisir un de ces régimes au moment de l'entrée en vigueur du régime modulaire ou de son adhésion à l'assurance collective:

- le régime de base;
- le régime intermédiaire;
- le régime enrichi.

2.2.1.2 Période obligatoire de maintien de protection

Lorsqu'un employé choisit un des 3 régimes d'assurance maladie lors de l'adhésion initiale ou en cours d'assurance, il doit maintenir sa participation à ce régime pour une période minimale de 36 mois.

2.2.1.3 Changement de régime

L'employé peut changer de régime avant la fin de la période obligatoire de maintien de protection, et ce, seulement à l'occasion d'un événement décrit ci-dessous et en autant que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant ce dernier :

- début d'admissibilité pour un conjoint;
- naissance ou adoption d'un premier enfant;
- fin de l'exemption du conjoint ou des enfants à charge;
- divorce, séparation;
- décès du conjoint;
- terminaison de l'admissibilité du dernier enfant à charge.

Les seuls changements à la hausse possibles sont le passage du régime de base au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime enrichi. Dans ce contexte de changement de régime à la hausse, la nouvelle protection entre en vigueur à la date de l'événement.

En ce qui concerne les changements à la baisse, les seuls possibles sont le passage du régime enrichi au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime de base. Dans ce contexte de changement de régime à la baisse, la nouvelle protection entre en vigueur le 1er jour de la période de paie suivant l'événement ayant permis le changement.

Une nouvelle période de maintien obligatoire de 36 mois débute lors d'un changement de régime. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) dans le même régime, la période obligatoire de maintien de 36 mois déjà en cours se poursuit.

2.2.1.4 Particularité applicable à l'employé en absence temporaire sans traitement

L'employé en absence temporaire sans traitement a l'opportunité, lors de la campagne d'adhésion, de choisir parmi les régimes disponibles et le régime choisi entre en vigueur le 9 avril 2009.

2.2.1.5 Particularités applicables à l'employé invalide

L'employé absent du travail pour cause d'invalidité et qui se trouve dans la période d'exonération de primes en date du 9 avril 2009 est automatiquement couvert par le régime intermédiaire selon le niveau de protection (individuel, monoparental ou familial) alors détenu avant l'entrée en vigueur du régime modulaire. Seul l'employé qui ne se trouve pas dans la période d'exonération de primes au moment de faire son choix parmi les 3 régimes disponibles peut opter pour l'un de ces trois régimes.

Lors de son retour au travail, l'employé a 31 jours pour effectuer son choix entre les 3 régimes s'il ne l'a pas fait au cours de la campagne d'adhésion. Le choix d'un régime différent du régime intermédiaire entre en vigueur à la date de retour au travail. Si l'employé n'a pas effectué son choix de régime dans les 31 jours suivant son retour au travail, il demeure assuré en vertu du régime intermédiaire et les dispositions du régime modulaire quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur du régime modulaire.

2.2.1.6 Formulaire non retourné

Dans la cadre de la campagne d'adhésion, tout employé qui n'a pas retourné son formulaire à la date prévue se voit octroyer automatiquement le régime intermédiaire et les dispositions du régime modulaire quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de la date de la mise en vigueur du régime modulaire.

2.2.1.7 Caractère obligatoire de la participation

La participation au régime modulaire d'assurance maladie des employés est obligatoire pour tout employé admissible ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant. L'employé admissible doit remplir un formulaire de demande d'adhésion et choisir un des 3 régimes disponibles. L'employé, son conjoint et ses enfants à charge peuvent s'exempter de participer au régime modulaire d'assurance maladie en vertu de l'article 2.2.6. L'employé ayant un conjoint ou des enfants à charge doit prendre une protection familiale. De plus, l'employé peut prendre une protection monoparentale s'il n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.

2.2.1.8 Employé de 65 ans ou plus

L'employé qui atteint l'âge de 65 ans peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Un tel employé qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article 8.1.2.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

2.2.2 Participation au **régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée**

2.2.2.1 La participation au régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour tout employé admissible, à l'exception du personnel de cabinet, autre que directeur, et du personnel de député (comté), sous réserve de l'article 2.2.2.2 « Droit de renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée ».

2.2.2.2 Droit de renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

Certains employés peuvent exercer un droit de renonciation de participation. Le choix de ne pas participer au présent régime doit être signifié par écrit à l'Assureur, tel choix étant alors irrévocable tant que l'employé conserve le statut d'emploi en vertu duquel elle a pu renoncer au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

La renonciation prend effet à compter de la date du début de la première période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date de réception de la demande par l'employeur. Toutefois, dans le cas où la demande est reçue après la date où le droit aurait pu s'exercer, il est possible d'obtenir le remboursement des primes d'assurance payées en trop. La rétroactivité ne peut dépasser un an. Il n'y a aucune rétroactivité payable pour les employés temporaires ou occasionnels.

Les employés suivants peuvent exercer ledit droit de renonciation :

- i) l'employé ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 65 ans;
- ii) l'employé qui a débuté sa préretraite totale;
- iii) l'employé ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- iv) l'employé ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ) et qui serait alors âgé de 55 ans ou plus;

- v) l'employé ayant acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- vi) l'employé âgé de 54,5 ans ou plus et ayant acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ);
- vii) l'employé ayant acquis 31,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC);
- viii) l'employé temporaire protégé par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité. Nonobstant ce qui précède, quand la personne devient un employé permanent, elle devra participer au présent régime;
- ix) l'employé occasionnel protégé par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité.

2.2.2.3 L'employé qui, à la date où il devient un employé au sens du présent contrat, a été membre du personnel d'encadrement durant un an ou plus au cours des 5 dernières années et qui demande d'être assuré en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée doit présenter des preuves d'assurabilité. Cette période d'un an peut être prolongée si sa période de probation est supérieure à 12 mois.

2.2.2.4 L'employé nommé temporairement cadre supérieur à l'extérieur du Québec peut réintégrer le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée sans preuves d'assurabilité lors de son retour au Québec en autant qu'il ne soit pas invalide au moment de son retour au Québec et qu'il soit en mesure d'effectuer les tâches prévues par sa classe d'emploi à titre d'employé au sens du présent contrat. Si l'employé concerné est invalide au moment de son retour au Québec, le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée prend alors effet uniquement à la fin de la période d'invalidité, tel qu'entendu au sens du Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement du gouvernement du Québec.

2.2.3 Participation au **régime optionnel d'assurance vie des employés**

- 2.2.3.1 La participation est facultative pour tout employé admissible et ses personnes à charge, s'il y a lieu. Tout employé désirant adhérer aux régimes optionnels doit compléter une demande d'adhésion au cours de la période de 30 jours suivant la date à laquelle il devient admissible. Pour un employé occasionnel qui devient temporaire, la période de 30 jours débute à la date de nomination ou à la date de titularisation, laquelle est la plus éloignée. Pour toute demande d'adhésion complétée après l'expiration dudit délai, l'employé doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans et qu'il ne retourne pas le formulaire prescrit dans les délais prévus, il est réputé continuer sa participation au régime d'assurance vie des employés. Dans un tel cas, la protection qui est maintenue en vertu du régime d'assurance vie des employés est de 100 % de son traitement.

La participation aux régimes optionnels suppose la participation au régime modulaire d'assurance maladie des employés, sous réserve de l'article 2.2.7 « Droit d'exemption du régime modulaire d'assurance maladie des employés ».

Par ailleurs, la participation de l'employé au régime d'assurance maladies redoutées suppose la participation de celui-ci au régime d'assurance vie de base de l'adhérent. De même, la participation de son conjoint au régime d'assurance maladies redoutées suppose la participation de celui-ci au régime d'assurance vie des personnes à charge. De plus, la participation au régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et de son conjoint nécessite la présentation de preuves d'assurabilité.

- 2.2.3.2 Tout employé admissible qui était au service de l'employeur avant la date où il devient admissible et dont la protection par un autre contrat d'assurance prend fin à cette date à cause du fait qu'il est devenu un employé au sens déterminé dans le présent contrat, a droit à la même protection qu'il détenait immédiatement avant qu'il devienne un employé au sens déterminé dans le présent contrat pour autant que ladite protection soit limitée à celle disponible au présent contrat. Toutefois, des preuves d'assurabilité sont requises s'il y a augmentation du montant d'assurance ou de la protection détenue.
- 2.2.3.3 Tout employé qui choisit de participer à l'assurance vie de base de l'adhérent peut, selon les mêmes conditions, choisir de participer au régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles ou au régime d'assurance vie des personnes à charge.

2.2.4 Participation au **régime d'assurance maladie des retraités**

a) Retraité de moins de 65 ans

La participation au régime d'assurance maladie des retraités est obligatoire pour tout retraité de moins de 65 ans qui remplit les conditions d'admissibilité ainsi que pour ses personnes à charge, sous réserve de l'article 2.2.8 « Droit d'exemption du régime d'assurance maladie des retraités ».

Même si l'Assureur reçoit la demande après un délai de 60 jours suivant la date de la retraite, la protection et les primes afférentes prennent effet rétroactivement à la date de la retraite. Toutefois, la rétroactivité n'excédera pas 12 mois et les frais engagés pendant cette période seront admissibles à un remboursement.

b) Retraité de 65 ans et plus

La participation au régime d'assurance maladie des retraités est facultative. Le retraité qui atteint 65 ans peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Un tel retraité qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article 8.1.1.3.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

2.2.5 Participation au **régime optionnel d'assurance vie des retraités**

Tout retraité peut choisir d'adhérer au régime optionnel d'assurance vie des retraités en présentant une demande d'adhésion au cours de la période de 30 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Ce régime est disponible dans la mesure où celui-ci participait au régime optionnel d'assurance vie des employés le jour précédant la date de sa retraite.

Les montants de protection choisis peuvent être réduits, mais ne peuvent être augmentés.

2.2.6 **Régime d'assurance vie pour les personnes à charge du retraité**

Tout retraité ayant adhéré à l'assurance vie du retraité peut choisir d'assurer ses personnes à charge pour l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge si celui-ci participait à l'assurance des personnes à charge des employés le jour précédant la date de sa retraite.

Les montants de protection choisis peuvent être réduits, mais ne peuvent être augmentés.

2.2.7 Droit d'exemption du **régime modulaire d'assurance maladie des employés**

Un employé ou les personnes à sa charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser de participer au régime modulaire d'assurance maladie des employés, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois participer au régime modulaire d'assurance maladie des employés aussitôt que la protection, en vertu de l'autre contrat collectif, se termine en établissant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il est devenu impossible qu'elles continuent à être assurées en vertu dudit contrat.

De plus, au cours de la campagne d'adhésion au régime modulaire, l'adhérent qui est exempté de participer au régime modulaire d'assurance maladie a la possibilité d'adhérer à l'un des régimes en remplissant le formulaire à cet effet. Par ailleurs, un adhérent qui avait choisi de ne pas protéger ses personnes à charge parce qu'elles étaient assurées en vertu d'un autre régime collectif peut choisir de les protéger à l'occasion de cette campagne d'adhésion.

Une fin d'exemption donne à l'adhérent la possibilité d'adhérer à l'un des régimes disponibles en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Le calcul de la durée minimale de maintien de protection débute dès la fin de l'exemption. Si l'adhérent ne signifie pas son choix parmi les régimes, il se verra octroyer le même régime qu'il détenait avant le début de l'exemption, soit le régime intermédiaire.

2.2.8 Droit d'exemption au **régime d'assurance maladie des retraités**

Un retraité peut refuser ou cesser de participer au régime d'assurance maladie des retraités, à la condition qu'il atteste, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il est assuré en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. La personne adhérant déjà au régime qui désire bénéficier du droit d'exemption doit en faire la demande par écrit auprès de l'Assureur. Ce droit d'exemption prend effet le premier jour suivant l'acceptation de la demande par l'Assureur.

Le retraité qui a refusé de participer au régime d'assurance maladie des retraités peut y participer en établissant à la satisfaction de l'Assureur :

- i) qu'antérieurement, il était assuré en vertu d'un autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire;
- ii) qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré;

iii) qu'il présente sa demande dans les 60 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de laquelle il était exempté d'adhérer au régime d'assurance maladie des retraités. Si la demande parvient à l'Assureur après le délai de 60 jours, le retraité ne peut réintégrer le régime d'assurance maladie des retraités, sauf s'il est âgé de moins de 65 ans, dans lequel cas la protection et le paiement des primes prennent effet rétroactivement à la date de cessation de la protection ayant permis l'obtention de l'exemption. Toutefois, la rétroactivité ne peut excéder 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

2.2.9 Pour le **régime modulaire d'assurance maladie des employés**, l'adhérent ayant une ou des personnes à sa charge doit prendre une protection familiale. Dans le cas où la tarification monoparentale est disponible, l'adhérent peut prendre une protection monoparentale s'il n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.

2.2.10 Pour le **régime d'assurance maladie des retraités**, l'adhérent ayant une ou des personnes à sa charge doit prendre une protection familiale. Dans le cas où la tarification monoparentale est disponible, l'adhérent peut prendre une protection monoparentale s'il n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.

2.2.11 Pour le **régime optionnel d'assurance vie des employés ou pour le régime optionnel d'assurance vie des retraités**, tout adhérent qui désire assurer les personnes à sa charge doit remplir une demande d'adhésion à cet effet. Si cette demande est complétée après l'expiration d'un délai de 30 jours qui suit la date à laquelle elles deviennent admissibles, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à sa charge, à la satisfaction de l'Assureur.

De plus, l'Assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale tout en excluant une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité. La protection monoparentale n'est possible que si l'adhérent n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.

Le choix de la protection est indépendant du choix effectué pour le régime modulaire d'assurance maladie des employés et le régime d'assurance maladie des retraités.

2.2.12 Pour le **régime optionnel d'assurance vie des employés**, le **régime d'assurance maladie des retraités** et le **régime optionnel d'assurance vie des retraités**, il est possible pour un adhérent d'assurer ses personnes à charge lors de la réalisation d'une des conditions suivantes : le mariage ou l'union civile de l'adhérent, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant, ou la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée.

L'adhérent doit aviser l'Assureur de son désir d'adhérer à une protection familiale avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant un tel événement.

Toutefois, pour le régime d'assurance maladie des retraités, le changement de protection ne peut s'appliquer, sauf pour le retraité de moins de 65 ans ou celui de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ pour qui les changements de protection prennent effet rétroactivement à la date de l'événement. Cependant, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Sous réserve des dispositions des présentes, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

2.3.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

Tout employé devient assuré en vertu du régime choisi à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si l'employé était assuré en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité;
- la date de la demande de changement de régime modulaire, si la demande est effectuée en cours de campagne d'adhésion;
- la date de l'événement justifiant la demande de changement de régime (s'il s'agit d'une demande de changement à la hausse et faite selon les modalités décrites à l'article 2.2.1.3) ou le 1^{er} jour de la période de paie suivant la demande (s'il s'agit d'une demande de changement à la baisse et faite selon les modalités décrites à l'article 2.2.1.3);
- la date de fin d'exemption de participation.

2.3.2 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Tout employé devient assuré en vertu de ce régime à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si l'employé était assuré en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité;
- la date d'entrée en vigueur de la participation obligatoire à ce régime, soit le 4 juin 2009.

- La date de la demande de fin de renonciation de participation au présent régime.

De plus, pour l'employé absent du travail pour cause d'invalidité qui n'avait pas adhéré au **régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée** et qui n'était pas protégé en vertu de ce régime, l'assurance entre en vigueur à la date de retour au travail.

2.3.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

Tout employé assuré en vertu du régime antérieur devient assuré en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Tout employé non assuré en vertu du régime antérieur devient assuré en vertu de ce régime à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle il devient admissible;
- la date à laquelle il remplit sa demande d'adhésion;
- la date à laquelle il fournit, le cas échéant, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

2.3.4 Régime des retraités

Tout retraité assuré en vertu du régime antérieur devient assuré en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Tout retraité non assuré en vertu du régime antérieur devient assuré en vertu de ce régime à la date de sa mise à la retraite en autant qu'une demande soit transmise à l'Assureur dans les délais prévus.

2.3.5 Régimes des personnes à charge

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si les personnes à charge étaient assurées en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle elles deviennent admissibles;
- la date à laquelle l'employé complète la demande d'adhésion pour ses personnes à charge;
- la date à laquelle le conjoint est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles pour l'assurance vie du conjoint;

- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant;
- la date de la demande de changement de régime modulaire, si la demande est effectuée en cours de campagne d'adhésion;
- la date de l'événement justifiant la demande de changement de régime (s'il s'agit d'une demande de changement à la hausse et faite selon les modalités décrites à l'article 2.2.1.3) ou le 1er jour de la période de paie suivant la demande (s'il s'agit d'une demande de changement à la baisse et faite selon les modalités décrites à l'article 2.2.1.3);
- la date de fin d'exemption de participation.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de l'employé.

2.4 Dispositions transitoires

- 2.4.1 Pour un adhérent assuré seul ou avec ses personnes à charge en vertu du contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à la Loi sur les assurances et le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, que l'adhérent soit au travail ou non.

Ainsi, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privé de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans le contrat antérieur ou parce que l'adhérent n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat;

Également, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le présent contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que l'adhérent appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le présent contrat.

- 2.4.2 Dans le cas d'un adhérent qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assuré en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, d'exonération ou de transformation ou autrement.

2.5 Modification des prestations

- 2.5.1 Si un changement de salaire ou autre entraîne une modification des prestations à l'égard d'un adhérent, le Preneur doit, dans les 60 jours suivant ce changement, en aviser par écrit l'Assureur et lui fournir tous les renseignements nécessaires au calcul de cette modification. Cette dernière prend effet à la date dudit changement avec effet rétroactif à moins d'entente contraire entre le Preneur et l'Assureur. Cependant, si des preuves d'assurabilité sont requises, la modification ne prendra effet qu'à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité.
- 2.5.2 Si un adhérent n'est pas au travail actif à plein temps en raison d'une invalidité à la date où la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date de son retour au travail actif à plein temps. Cependant, si des preuves d'assurabilité sont requises, la modification ne prendra effet qu'à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, à la condition que l'adhérent soit alors effectivement au travail.

2.6 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

- 2.6.1 Dans le cas d'une **absence temporaire avec traitement**, l'assurance demeure en vigueur en autant que les primes continuent d'être versées de façon habituelle à l'Assureur.
- 2.6.2 Dans le cas d'une **absence temporaire sans traitement**, autre qu'un congé sans solde d'une durée inférieure à 30 jours, l'adhérent peut exercer l'une des options suivantes :
- 2.6.2.1 Maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l'adhérent doit en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de l'absence temporaire sans traitement ou au plus tard 30 jours après le début de ladite absence. L'ensemble des régimes auxquels participe l'adhérent est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à l'Assureur.

Dans le cas où le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est maintenu en vigueur, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai. Les prestations sont établies sur la base du traitement de l'adhérent en vigueur le jour précédant le début de l'absence temporaire sans traitement.

2.6.2.2 Maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des employés pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites à l'article 2.6.2.1.

2.6.3 Dans le cas d'un **congé sans solde d'une durée inférieure à 30 jours**, l'ensemble des protections de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur.

2.6.4 Dans le cas d'un **congé partiel sans traitement**, toutes les protections sont maintenues comme si l'adhérent était au travail à plein temps et à plein traitement et les primes sont perçues selon cette même base.

Si une invalidité survient durant un congé partiel sans traitement, les prestations payables en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent s'il avait été au travail à plein traitement et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement.

2.6.5 Relativement à l'adhérent qui participe au régime de **congé à traitement différé** :

2.6.5.1 Pendant les périodes de travail de l'adhérent, ses protections d'assurance et les primes y afférentes sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé;

2.6.5.2 Pendant les périodes de congé de l'adhérent, celui-ci peut exercer l'une des options suivantes :

- a) maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l'adhérent doit en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de la période de congé ou au plus tard 30 jours après le début de ladite période. L'ensemble des régimes auxquels participe l'adhérent est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à l'Assureur. Les protections d'assurance et les primes y afférentes sont alors établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé;

Si une invalidité survient durant un congé à traitement différé, les prestations payables en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu l'adhérent n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement. Le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

- b) maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des employés pour la durée de la période de congé. Dans un tel cas, ses autres protections sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au paragraphe a).

- 2.6.6 Dans le cas où un adhérent est **congedié et que ce congediement est contesté par voie de recours prévu par la Loi sur la Fonction publique**, règlement ou loi en matière de condition de travail, cette personne peut maintenir sa participation à l'ensemble de ses régimes et continuer d'être assurée de même que le conjoint ou les enfants à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel, le cas échéant, soit rendue en payant elle-même à l'Assureur la prime prévue au contrat. Dans un tel cas, une demande écrite de maintien de protection doit être transmise à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date du congediement.

Relativement au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, un employé ne peut recevoir une prestation que si son invalidité l'empêche d'accomplir tout travail rémunérateur auquel il est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience.

De plus, les prestations sont versées en simulant les prestations qui auraient été payables par l'employeur s'il n'y avait pas eu de congediement. Si l'employé obtient gain de cause et est réintégré à son emploi avec traitement, la définition d'invalidité normalement prévue au contrat s'applique rétroactivement à la date de début de l'invalidité.

- 2.6.7 Dans le cas de **grève ou lock-out**, l'assurance demeure en vigueur en autant que les primes continuent d'être versées de façon habituelle à l'Assureur ou qu'une entente relative au paiement desdites primes intervienne entre le Preneur et l'Assureur.

2.7 Preuves d'invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, il doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, un avis avant l'expiration d'un délai de 30 jours du début de l'invalidité. De même, il devra fournir des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont il a été victime et de son invalidité avant l'expiration d'un délai de 90 jours du début de l'invalidité.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 12 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites et que l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, l'adhérent ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande.

Dans le cas d'un différend entre l'adhérent et l'Assureur, l'adhérent doit fournir des preuves supplémentaires, et ce, aux frais de l'Assureur; le fait pour un adhérent de ne pas fournir lesdites preuves ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite, prive cet adhérent du droit de se prévaloir de tout privilège octroyé en vertu du présent contrat relativement à l'invalidité en cause pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur des preuves supplémentaires ou de l'examen médical demandé.

En aucun cas, le délai de présentation des preuves d'invalidité ne doit se prolonger au-delà de 12 mois après la date de terminaison du contrat.

ARTICLE 3 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES EMPLOYÉS

Le présent régime couvre les frais engagés par un assuré pourvu qu'ils s'appliquent à des fournitures ou des services admissibles, qu'ils soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement aux **Tableaux des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

Les frais couverts dans le *Tableau des garanties* ci-dessous sont remboursables selon la coassurance, la franchise et les maximums indiqués, et ce, selon le régime d'assurance maladie choisi. Les maximums admissibles ou remboursables sont par assuré, sauf s'il y a indication à l'effet contraire. Les articles à la suite de ce tableau offrent une description détaillée des frais couverts.

Tableau des garanties			
Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Médicaments			
Coassurance	75 % des premiers 3 200 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent
Franchise annuelle, selon le statut de protection	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale
Chambre d'hôpital	Non offert	Chambre à deux lits	Chambre à un lit
Coassurance	100 %	100 %	100 %
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Assurance voyage et assurance annulation de voyage	30 jours par voyage	Tant que l'assuré est couvert par la RAMQ	Tant que l'assuré est couvert par la RAMQ
Coassurance	100 %	100 %	100 %
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Soins oculaires			
Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par 24 mois consécutifs

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Examen de la vue	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 75 \$ par 24 mois consécutifs
Coassurance	Sans objet	Sans objet	80 %
Franchise	Sans objet	Sans objet	Aucune
Fournitures et services professionnels			
Coassurance	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	Du 9 avril 2009 au 31 décembre 2009 : 80 % des premiers 4 125 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent À compter du 1 ^{er} janvier 2010 : 80 % des premiers 5 500 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent
Franchise annuelle, selon le statut de protection	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale	50 \$ - Individuelle 75 \$ - Monoparentale 100 \$ - Familiale
Fournitures			
Ambulance	Non offert	Couvert	Couvert
Analyse de laboratoire, radiographie, électrocardiogramme et échographie	Non offert	Couvert	Couvert, incluant les frais de thermographie
Appareil auditif	Non offert	Maximum admissible de 1 100 \$ par 48 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 100 \$ par 48 mois consécutifs
Appareil orthopédique	Non offert	Couvert	Couvert

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Appareil thérapeutique	Remboursement maximal viager de 15 000 \$	Remboursement maximal viager de 15 000 \$	Remboursement maximal viager de 15 000 \$
Bas à compression moyenne ou forte	Non offert	3 paires par année civile	3 paires par année civile
Chaussure orthopédique	Non offert	Couvert	Couvert
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non offert	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident
Cure de désintoxication	Non offert	Maximum admissible de 100 \$ par jour et remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 100 \$ par jour et remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital	Non offert	Couvert	Couvert
Glucomètre	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs
Maison de convalescence	Non offert	Maximum admissible de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par hospitalisation	Maximum admissible de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par hospitalisation
Membre artificiel	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs
Neurostimulateur transcutané	Non offert	Maximum admissible de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs
Orthèse plantaire	Non offert	Couvert	Couvert

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Pompe à insuline - appareil - entretien (tubulures, cathéters)	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile
Prothèse capillaire	Non offert	Remboursement maximal viager de 300 \$	Remboursement maximal viager de 300 \$
Soins et services à domicile – Protection Multiservices - Soins infirmiers - Services d'aide à domicile - Frais de transport - Frais de garde d'enfants	Non offert	Couvert Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 30 \$ par déplacement, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine Maximum admissible de 25 \$ par jour, par enfant	Couvert Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 30 \$ par déplacement, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine Maximum admissible de 25 \$ par jour, par enfant
Soins infirmiers après une hospitalisation	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Traitements spéciaux non offerts au Québec			
- Hospitalisation	Non offert	Les frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.	Les frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.
- Honoraires professionnels de médecin	Non offert	Les frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.	Les frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.
Vaccins à titre préventif	Non offert	Non couvert	Maximum admissible de 200 \$ par année civile
Professionnelles et professionnels de la santé			
Acupunctrice ou acupuncteur, naturopathe et homéopathe	Non offert	Maximum admissible de 50 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Maximum admissible de 50 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Chiropraticienne ou chiropraticien et radiographies	Non offert	Maximum admissible de 40 \$ par traitement ou radiographie Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais	Maximum admissible de 40 \$ par traitement ou radiographie Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Dentiste à la suite d'un accident	Non offert	Couvert	Couvert
Diététiste	Non offert	Maximum admissible de 55 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile	Maximum admissible de 55 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Non offert	Couvert	Couvert
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 45 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Ostéopathe physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non offert	<p>Ostéopathe : maximum admissible de 65 \$ par traitement</p> <p>Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique : maximum de 55 \$ par traitement</p> <p>Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels</p>	<p>Ostéopathe : maximum admissible de 65 \$ par traitement</p> <p>Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique : maximum de 55 \$ par traitement</p> <p>Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels</p>
Podiatre	Non offert	Maximum admissible de 65 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile	Maximum admissible de 65 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Psychiatre	Non offert	Psychiatre : maximum admissible de 80 \$ par traitement	Psychiatre : maximum admissible de 80 \$ par traitement
Psychothérapeute	Non offert		
Psychanalyste en clinique externe, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social	Non offert	Psychothérapeute : maximum admissible de 60 \$ par traitement Autres professionnels : maximum admissible de 70 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Psychothérapeute : maximum admissible de 60 \$ par traitement Psychanalyste en clinique externe, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social: maximum admissible de 70 \$ par traitement
Psychoéducatrice ou psychoéducateur	Non offert	Non offert	Psychoéducatrice ou psychoéducateur : maximum admissible de 75 \$ par traitement
Sexologue	Non offert	Non offert	Sexologue : maximum admissible de 70 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon la coassurance, la franchise et les maximums indiqués au *Tableau des garanties*, et ce, selon le régime d'assurance maladie choisi.

3.1 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, sans limites quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

3.2 Assurance voyage

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

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par assuré est de 5 000 000 \$ viager.

3.2.1 Frais admissibles

3.2.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.

- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes, pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

3.2.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou si la nécessité de la visite n'a pas été confirmée par le médecin traitant ou que la visite n'a pas été préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteuse.

- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, à la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

3.2.1.3 Allocations de subsistance

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

3.2.2 Service d'assistance voyage

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

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

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- g) L'Assisteur fournit sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- h) L'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- i) Lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

3.2.3 Obligations de l'assuré

- a) AVIS : l'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

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

3.2.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 3.8, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré.
- b) Lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) L'Assureur se réserve le droit d'exclure un assuré de la protection d'assurance voyage si, selon son évaluation :
 - les conditions de santé de ce dernier sont instables; ou

- les conditions de santé de ce dernier sont sujettes à des périodes d'aggravation soudaines qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Toutefois, si l'Assureur décide d'exclure un assuré alors que celui-ci est à l'extérieur de sa province de résidence, l'exclusion ne prend effet qu'à la date de retour de l'assuré dans sa province de résidence.

- f) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.
- g) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- h) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- i) Pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- j) Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- k) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

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

3.3 Assurance annulation de voyage

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

3.3.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- 3.3.1.1 Une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- 3.3.1.2 Le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- 3.3.1.3 Le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- 3.3.1.4 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- 3.3.1.5 La convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- 3.3.1.6 La mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- 3.3.1.7 Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- 3.3.1.8 Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.

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

3.3.2 Frais couverts

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

3.3.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

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

3.3.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

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

3.3.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 3.3.3.1 Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- 3.3.3.2 Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- 3.3.3.3 Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 3.3.3.4 La participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- 3.3.3.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- 3.3.3.6 Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- 3.3.3.7 Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- 3.3.3.8 La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- 3.3.3.9 Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.

3.3.3.10 Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

3.3.4 Délai pour demander l'annulation

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

3.3.5 Coordination

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

3.3.6 Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage.

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

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

- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

3.4 Frais de médicaments

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage prévu au *Tableau des garanties* selon le régime choisi par l'adhérent et suivant la déduction de la franchise annuelle applicable à ce régime.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire et nécessaires au traitement de l'assuré :

- 3.4.1 Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.
- 3.4.2 Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a) du présent article, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie et qui sont prescrits par un médecin, un dentiste ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

EXCLUSIONS :

- les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP;
- les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation.

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments, demeurent couverts;

- les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- les substances ou aliments diététiques, les produits contre l'obésité;
- les médicaments homéopathiques ou dits naturels;
- les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;
- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité;
- toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif;
- les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts;
- les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile administrés uniquement par voie orale.

De plus, l'Assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut, entre autres, exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

3.4.3 Les frais pour la substance injectée en cabinet privé d'un professionnel de la santé et administrée pour des raisons médicales et non esthétiques sont couverts jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par séance d'injections, par assuré.

3.4.4 Les frais d'achat d'un stérilet.

3.4.5 Les produits antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments jusqu'à concurrence du maximum prévu par ce régime

3.5 **Autres frais admissibles**

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage et les maximums prévus au *Tableau des garanties*, selon le régime choisi par l'adhérent et suivant la réduction de la franchise annuelle applicable à ce régime.

Les frais engagés par l'assuré pour les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu que ces fournitures ou services soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

3.5.1 Lorsqu'un assuré doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts au Québec**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers suivants :

3.5.1.1 Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec pour des soins acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.

3.5.1.2 Honoraires professionnels de médecins

Les honoraires professionnels de médecins engagés à l'extérieur du Québec pour des soins médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à 3 fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- 3.5.2 Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent requis à la suite d'une hospitalisation, par des **infirmiers** ou des **infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui est un proche parent.
- 3.5.3 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale devenue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 3.5.4 Les frais pour l'achat, la location ou le remplacement, selon le cas, de **bandages herniaires**, de **pansements**, de **bandages spéciaux** dans les cas de brûlures graves, de **corsets**, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres** et d'**autres appareils**.
- 3.5.5 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** faites sur mesure, fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. P-35), jusqu'à concurrence des montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.
- 3.5.6 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes, les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne, de même que les frais d'achat de chaussures correctrices. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. P-35). Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes. Toutefois, les chaussures profondes et les sandales sont exclues.
- 3.5.7 Les frais d'achat de **bas de soutien**.
- 3.5.8 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant non motorisé** ou de **lit d'hôpital**. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être tous deux semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.

- 3.5.9 Les frais pour **radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes et échographies** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de préventions ou de diagnostic.
- 3.5.10 Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un **appareil destiné au contrôle du diabète** (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant.
- 3.5.11 Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**. Les frais de remplacement ou de réparation sont également couverts.
- Toutefois, les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature sont exclus. Lorsque le coût total des frais à encourir excède 2 000 \$, une autorisation de l'Assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.
- 3.5.12 Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, si la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont également couverts.
- 3.5.13 Les frais d'achat, de location, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur transcutané**.
- 3.5.14 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services soient engagés dans les 36 mois suivant l'accident et que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- 3.5.15 Les frais engagés pour un **séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie** et reconnue comme telle, excluant toutefois le tabagisme.

3.5.16 **Multiservices** (soins et services à domicile)

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue sauf s'il y a complication et que le séjour dure 4 jours ou plus.

3.5.16.1 Les honoraires d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de l'assuré. L'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent.

3.5.16.2 Les honoraires pour des services d'aide à domicile pour aider l'assuré à se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer et pourvoir à ses besoins élémentaires. Les services doivent être dispensés au domicile de l'assuré et le fournisseur de service d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent.

Par fournisseur de service d'aide à domicile, nous entendons, une personne travaillant moyennant une rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

3.5.16.3 Les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour.

3.5.16.4 Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs de l'adhérent. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent. Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts.

3.5.17 Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une **maison de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrant sur place les soins d'un infirmier licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par un médecin. Seuls les frais engagés dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie dite d'un jour sont couverts.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré :

3.5.18 Les frais de l'acte médical et de la substance injectée pour des **vaccins préventifs** ou des **produits immunisants** qui, inoculés à des fins préventives, confèrent à la personne assurée l'immunité contre une maladie microbienne ou virale.

3.5.19 Les frais de **transport par ambulance** en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, y compris le transport par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'Assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen ainsi que les frais d'**oxygénothérapie** durant ou immédiatement avant le transport.

3.5.20 Les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un **membre artificiel** ainsi que l'achat d'autres **prothèses externes**.

3.5.21 Les honoraires d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire facturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes buccodentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q) pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

3.5.22 Les frais d'achat, d'ajustement ou de remplacement d'un **appareil auditif** ou d'une **prothèse auditive**.

3.5.23 Les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes** et d'**audiologistes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

- 3.5.24 Les honoraires de **physiothérapeutes**, d'**ostéopathes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

Les frais d'un **rapport d'évaluation** préparé par un des professionnels décrits précédemment sont inclus dans le maximum de remboursement pour ces professionnels indiqué au *Tableau des garanties*.

- 3.5.25 Les honoraires d'**acupuncteurs**, de **naturopathes** et d'**homéopathes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

En ce qui concerne les consultations auprès d'un naturopathe, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou toute autre consultation non reconnue par l'Assureur ne sont pas couverts.

- 3.5.26 Les honoraires de **podiatres**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

- 3.5.27 Les honoraires de **diététistes**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

- 3.5.28 Les honoraires de **chiropraticiens**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à une prestation. Les radiographies sont également admissibles. L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.

- 3.5.29 Les honoraires de **psychiatres**, **psychothérapeutes**, **psychanalystes en clinique externe**, **psychologues et travailleuses sociales ou travailleurs sociaux** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Le maximum de remboursement inclus également les frais d'un rapport d'évaluation à la demande d'un médecin et dans la mesure où le rapport s'avère nécessaire au traitement d'une maladie, d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.

Les services de psychiatres sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

3.5.30 Les honoraires de **sexologues** et de **psychoéducateurs** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

3.5.31 Les honoraires de **massothérapeutes**, **kinésithérapeutes** et **orthothérapeutes** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

3.6 Soins oculaires

Les frais admissibles sont ceux engagés pour l'achat de lunettes ou de verres de contact sur recommandation d'une ou d'un médecin ou d'une ou d'un optométriste, ainsi que les frais relatifs à une chirurgie au laser effectuée par une ou un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Les honoraires pour un examen de la vue effectué par une ou un ophtalmologiste ou une ou un optométriste pour les personnes assurées âgées de 18 ans à 64 ans sont également admissibles.

3.7 Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants :

3.7.1 Pour des prothèses dentaires ou leur ajustement, sauf si nécessités à la suite d'un accident.

3.7.2 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.

3.7.3 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.

3.7.4 Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.

3.7.5 Pour tout produit ou service non médicalement requis.

3.7.6 Pour un examen de l'ouïe.

- 3.7.7 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 3.7.8 Pour des soins et services administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- 3.7.9 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- 3.7.10 Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 3.7.11 En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 3.7.12 Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 3.7.13 Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- 3.7.14 Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- 3.7.15 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.
- 3.7.16 Services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- 3.7.17 Pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions stipulées à l'article 3.2.4 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réductions stipulées à l'article 3.3.3 s'appliquent.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, ainsi que les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.

3.8 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si l'adhérent prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier du présent régime.

3.9 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu du présent régime et d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si l'assuré en vertu du présent contrat est aussi assuré en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

3.10 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque assuré soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et l'assuré convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

3.11 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

3.12 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement, après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit aux prestations en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la Société d'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité totale;
- la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- la date de la fin du contrat ou de la fin du régime.

3.13 Prolongation

Lors de la terminaison de l'assurance d'un adhérent, l'Assureur rembourse, pour l'adhérent totalement invalide ou la personne à sa charge assurée hospitalisée lors de la terminaison de l'assurance, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles engagés par suite de la maladie, ou de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation, à condition que :

3.13.1 Avant la date de terminaison de son assurance, l'adhérent ait engagé des frais admissibles par suite de la maladie, ou de l'accident ou de la grossesse qui a causé son invalidité totale ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée.

3.13.2 L'invalidité totale ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

3.14 Prolongation en cas de transformation

Cette protection à l'égard d'un adhérent, son conjoint ou ses enfants à charge, est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle il a le droit d'exercer son droit de transformation.

3.15 Transformation

L'adhérent, son conjoint ou ses enfants à charge qui cesse d'être assuré aux termes de ce régime pour une raison autre que la retraite peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis aux taux et conditions fixés par l'Assureur dans ces circonstances, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- a) l'adhérent cesse d'être admissible au présent régime avant la terminaison du contrat. Le droit de transformation peut alors être exercé pour l'adhérent lui-même et pour son conjoint ou ses enfants à charge, si la personne était assurée;
- b) le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat;
- c) 6 mois après le décès de l'adhérent.

3.16 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent

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

- 3.16.1 la date coïncidant avec la fin d'une période de 6 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent;
- 3.16.2 la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent;
- 3.16.3 la date de fin du contrat ou du régime.

3.17 Prolongation en cas de retraite

Cette protection à l'égard d'un adhérent qui prend sa retraite est prolongée pendant la période de 60 jours suivant sa date de mise à la retraite.

3.18 Modalité de paiement

Pour l'achat de médicaments, l'assuré peut se servir de la carte de paiement automatisé différé.

3.19 Fin de l'assurance

3.19.1 Le régime modulaire d'assurance maladie des employés se termine à la première des dates suivantes :

3.19.1.1 La date de la fin du contrat.

3.19.1.2 La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des articles 3.13 « Prolongation » et 3.14 « Prolongation en cas de transformation ».

3.19.1.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve de l'article 3.12 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent.

3.19.1.4 La date de mise à la retraite, sous réserve de l'article 3.17 « Prolongation en cas de retraite »; aux fins du présent contrat, la mise à la retraite d'un adhérent invalide survient au plus tard à la date à laquelle il atteint 65 ans.

3.19.1.5 La date de sa mise à pied pour un employé temporaire.

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

3.19.2.1 La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des articles 3.13 « Prolongation » et 3.16 « Prolongation de l'assurance des personnes à la suite du décès de l'adhérent ».

3.19.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

3.19.2.3 La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale en une protection individuelle selon les dispositions de l'article 2.2.1.

ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES RETRAITÉS

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Les frais décrits aux articles 4.1, 4.2 et 4.3 sont exempts de franchise et remboursés à 100 %.

4.1 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

4.2 Assurance voyage

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

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par assuré est de 5 000 000 \$ viager.

4.2.1 Frais admissibles

4.2.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes, pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

4.2.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.

- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou si la nécessité de la visite n'a pas été confirmée par le médecin traitant ou que la visite n'a pas été préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, à la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

4.2.1.3 Allocations de subsistance

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

4.2.2 Service d'assistance voyage

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

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

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.

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

4.2.3 Obligations de l'assuré

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

4.2.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 4.6, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré.

- b) Lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) L'Assureur se réserve le droit d'exclure un assuré de la protection d'assurance voyage si, selon son évaluation :
 - les conditions de santé de ce dernier sont instables; ou
 - les conditions de santé de ce dernier sont sujettes à des périodes d'aggravation soudaines qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Toutefois, si l'Assureur décide d'exclure un assuré alors que celui-ci est à l'extérieur de sa province de résidence, l'exclusion ne prend effet qu'à la date de retour de l'assuré dans sa province de résidence.

- f) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.
- g) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- h) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

- i) Pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.
- j) Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- k) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

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

4.3 Assurance annulation de voyage

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

4.3.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- 4.3.1.1 Une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- 4.3.1.2 Le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- 4.3.1.3 Le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage, si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.

- 4.3.1.4 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- 4.3.1.5 La convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- 4.3.1.6 La mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- 4.3.1.7 Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- 4.3.1.8 Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- 4.3.1.9 Le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- 4.3.1.10 Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- 4.3.1.11 Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- 4.3.1.12 Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.

4.3.1.13 Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

4.3.1.14 La perte involontaire de l'emploi de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

4.3.2 Frais couverts

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

4.3.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne

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

4.3.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;

- toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours;
- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

4.3.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 4.3.3.1 Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- 4.3.3.2 Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- 4.3.3.3 Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.3.3.4 La participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- 4.3.3.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- 4.3.3.6 Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- 4.3.3.7 Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- 4.3.3.8 La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.

4.3.3.9 Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assureur, que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.

4.3.3.10 Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

4.3.4 Délai pour demander l'annulation

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

4.3.5 Coordination

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

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

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

4.3.6.1 les titres de transport inutilisés.

4.3.6.2 les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.

4.3.6.3 les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.

- 4.3.6.4 les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- 4.3.6.5 le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.
- 4.3.6.6 le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- 4.3.6.7 la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- 4.3.6.8 tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

4.4 Frais de médicaments

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé à 80 % par l'Assureur après déduction d'une seule franchise annuelle de 50 \$ pour l'adhérent détenant une protection individuelle, de 75 \$ pour l'adhérent détenant une protection monoparentale et les enfants à sa charge et de 100 \$ pour l'adhérent détenant une protection familiale et les personnes à sa charge. Toutefois, si le total des frais admissibles engagés pour l'adhérent et les personnes à sa charge, le cas échéant, excède 3 350 \$ par année civile, les frais qui excèdent sont remboursables à 100 %.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire et nécessaires au traitement de l'assuré :

- 4.4.1 Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.

- 4.4.2 Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a) du présent article, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie et qui sont prescrits par un médecin, un dentiste ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

EXCLUSIONS :

- les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP;
- les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments, demeurent couverts;
- les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- les substances ou aliments diététiques, les produits contre l'obésité;
- les médicaments homéopathiques ou dits naturels;
- les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;
- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité;
- toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif;
- les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;

- les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts;
- les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile administrés uniquement par voie orale.

De plus, l'Assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut, entre autres, exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

4.4.3 Les frais pour la substance injectée en cabinet privé d'un professionnel de la santé et administrée pour des raisons médicales et non esthétiques sont couverts jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par séance d'injections, par assuré.

4.4.4 Les frais d'achat d'un stérilet.

4.4.5 Les produits antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments sont sujets à un maximum global de 630 \$ de frais admissibles, par une année, par assuré.

4.5 **Autres frais admissibles**

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé à 65 % par l'Assureur. Toutefois, si le total des frais admissibles engagés pour l'adhérent et les personnes à sa charge, le cas échéant, excède 3 350 \$ par année civile, les frais qui excèdent sont remboursables à 100 %.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré :

- 4.5.1 Lorsqu'un assuré doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts au Québec**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers suivants :

4.5.1.1 Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec pour des soins acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.

4.5.1.2 Honoraires professionnels de médecins

Les honoraires professionnels de médecins engagés à l'extérieur du Québec pour des soins médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à 3 fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- 4.5.2 Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent requis à la suite d'une hospitalisation, par des **infirmiers** ou des **infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui est un proche parent, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 300 \$ par jour et d'un maximum de remboursement de 10 000 \$ par année civile, par assuré.

- 4.5.3 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale devenue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 300 \$ viager, par assuré.

- 4.5.4 Les frais pour l'achat, la location ou le remplacement, selon le cas, de **bandages herniaires**, de **pansements**, de **bandages spéciaux** dans les cas de brûlures graves, de **corsets**, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres** et d'**autres appareils**.

- 4.5.5 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** faites sur mesure, fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. P-35), jusqu'à concurrence des montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.
- 4.5.6 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes, les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne de même que les frais d'achat de chaussures correctrices. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p-35). Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes. Toutefois, les chaussures profondes et les sandales sont exclues.
- 4.5.7 Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile, par assuré.
- 4.5.8 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant non motorisé** ou de **lit d'hôpital**. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être tous deux semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.
- 4.5.9 Les frais pour **radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes et échographies** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de préventions ou de diagnostic.
- 4.5.10 Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre** ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant, sujet toutefois à un maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré.
- 4.5.11 Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 15 000 \$ viager, par assuré. Les frais de remplacement ou de réparation sont également couverts.

Toutefois, les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature sont exclus. Lorsque le coût total des frais à encourir excède 2 000 \$, une autorisation de l'Assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.

- 4.5.12 Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, si la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum admissible est limité à 6 000 \$ par période de 5 années consécutives, par assuré. Les frais d'**entretien** (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont sujets à un maximum admissible de 2 400 \$ par année civile, par assuré.
- 4.5.13 Les frais d'achat, de location, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur transcutané**, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de frais admissibles par période de 60 mois consécutifs, par assuré.
- 4.5.14 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à **condition** que les services soient engagés dans les 36 mois suivant l'accident et que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par assuré.
- 4.5.15 Les frais engagés pour un **séjour en clinique privée**, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie et reconnu comme tel excluant toutefois le tabagisme, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 100 \$ par jour et d'un maximum de remboursement de 1 000 \$ par année civile, par assuré.
- 4.5.16 **Multiservices** (soins et services à domicile)

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pourvu qu'ils soient engagés dans les 45 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue sauf s'il y a complication et que le séjour dure 4 jours ou plus.

- 4.5.16.1 Les honoraires d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de l'assuré. L'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent. Les soins infirmiers sont couverts jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour.
- 4.5.16.2 Les honoraires pour des services d'aide à domicile pour aider l'assuré à se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer et pourvoir à ses besoins élémentaires. Les services doivent être dispensés au domicile de l'assuré et le fournisseur de service d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent. Les services sont couverts jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour.

Par fournisseur de service d'aide à domicile, nous entendons une personne travaillant moyennant une rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

4.5.16.3 Les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence de 30 \$ de frais admissibles par déplacement et d'un maximum de 3 déplacements (aller et retour) par semaine.

4.5.17 Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une **maison de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrant sur place les soins d'un infirmier licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par un médecin. Seuls les frais engagés dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie dite d'un jour sont couverts, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 125 \$ par jour et d'un maximum de 30 jours par hospitalisation, par assuré.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré :

4.5.18 Les frais de **vaccins préventifs ou de produits immunisants**. Le coût de la substance qui, inoculée à des fins préventives, lui confère l'immunité contre une maladie microbienne ou virale, et le coût de l'acte médical sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant admissible 200 \$ par année civile, par assuré.

4.5.19 Les frais de transport par **ambulance** en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, y compris le transport par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'Assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen, ainsi que les frais d'**oxygénothérapie** durant ou immédiatement avant le transport.

4.5.20 Les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un **membre artificiel** ainsi que l'achat **d'autres prothèses externes**, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ de frais admissibles pour un même membre ou une même prothèse par période de 36 mois consécutifs, par assuré.

4.5.21 Les honoraires d'un **dentiste** à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes buccodentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q) pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

- 4.5.22 Les frais d'achat, d'ajustement ou de remplacement d'un **appareil auditif** ou d'une **prothèse auditive**, jusqu'à concurrence de 1 100 \$ de frais admissibles par période de 48 mois consécutifs, par assuré.
- 4.5.23 Les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes** et d'**audiologistes**, s'ils **sont** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 4.5.24 Les honoraires de **physiothérapeutes**, d'**ostéopathes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, s'ils **sont** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 55 \$ par traitement pour les honoraires de physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique et jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 65 \$ par traitement pour les honoraires d'ostéopathes. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

Les frais décrits ci-dessus sont sujets à un maximum de remboursement de 1 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels, incluant les frais d'un **rapport d'évaluation** préparé par un des professionnels décrits précédemment.

- 4.5.25 Les honoraires d'**acupuncteurs**, de **naturopathes** et d'**homéopathes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un **montant** admissible de 50 \$ par traitement et d'un maximum de remboursement de 700 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

En ce qui concerne les consultations auprès d'un **naturopathe**, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou toute autre consultation non reconnue par l'Assureur ne sont pas couverts.

- 4.5.26 Les honoraires de **podiatres**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 65 \$ par traitement et d'un maximum de remboursement de 600 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 4.5.27 Les honoraires de **diététistes**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 55 \$ par traitement et d'un maximum de remboursement de 500 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.
- 4.5.28 Les honoraires de **chiropraticiens**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 40 \$ par traitement et d'un maximum de remboursement de 500 \$ par année civile, par assuré, incluant les radiographies. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation. Les radiographies sont sujettes à un montant admissible de 40 \$ par radiographie, par assuré. L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.
- 4.5.29 Les honoraires de **psychiatres, psychanalystes en clinique externe, psychologues, psychothérapeutes et travailleurs sociaux** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

Les montants admissibles par consultation avec chacun des professionnels énumérés ci-dessus sont les suivants :

- Psychiatres : jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 80 \$ pour chaque consultation;
- Psychanalystes en clinique externe, psychologues et travailleurs sociaux : jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 70 \$ pour chaque consultation;
- Psychothérapeutes : jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ pour chaque consultation.

Ces montants admissibles sont également applicables dans le cas de thérapie conjugale pour les deux conjoints.

Le maximum de remboursement est de 1 200 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels, incluant les frais d'un rapport d'évaluation à la demande d'un médecin et dans la mesure où le rapport s'avère nécessaire au traitement d'une maladie, d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse. Les services de psychiatres sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

4.6 Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants :

- 4.6.1 Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, chirurgie au laser ou leur ajustement, sauf si nécessités à la suite d'un accident.
- 4.6.2 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- 4.6.3 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- 4.6.4 Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- 4.6.5 Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- 4.6.6 Pour examen de la vue ou de l'ouïe.
- 4.6.7 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 4.6.8 Pour des soins et services administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- 4.6.9 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- 4.6.10 Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 4.6.11 En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.6.12 Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;

4.6.13 Pour tous frais relatifs à l'insémination.

4.6.14 Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.

4.6.15 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

4.6.16 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;

4.6.17 Pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions stipulées à l'article 4.2.4 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réductions stipulées à l'article 4.3.3 s'appliquent.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, ainsi que les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.

4.7 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si l'adhérent prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier du présent régime d'assurance.

4.8 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu du présent régime et d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

4.9 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque assuré soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et l'assuré convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

4.10 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

4.11 Prolongation en cas de transformation

Cette protection à l'égard du conjoint ou des enfants à charge est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle ils ont le droit d'exercer leur droit de transformation.

4.12 Transformation

Le conjoint ou les enfants à charge d'un adhérent qui cesse d'être assuré aux termes de ce régime peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis aux taux et conditions fixés par l'Assureur dans ces circonstances, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- a) le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat;
- b) 6 mois après le décès de l'adhérent.

4.13 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent

Lors du décès d'un adhérent, la participation du conjoint ou des enfants à charge au régime d'assurance maladie des retraités qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de 6 mois.

Après cette période de 6 mois, le conjoint ou les enfants à charge dont la protection à titre de conjoint ou d'enfants à charge d'un retraité décédé a débuté avant le 1^{er} juillet 1999, peuvent continuer leur participation au régime d'assurance maladie à l'intention des retraités en payant la prime requise.

4.14 Modalité de paiement

L'adhérent peut se servir, pour l'achat de médicaments, de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé différé.

4.15 Fin de l'assurance

4.15.1 Le régime d'assurance maladie des retraités se termine à la première des dates suivantes :

4.15.1.1 La date de la fin du contrat.

4.15.1.2 Dans le cas où la prime n'est pas payée, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent.

4.15.1.3 Le premier jour du mois suivant la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à l'assurance.

4.15.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes

4.15.2.1 La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des articles 4.11 « Prolongation en cas de transformation » et 4.13 « Prolongation de l'assurance des personnes à charge à charge à la suite du décès de l'adhérent ».

4.15.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

4.15.2.3 La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale en une protection individuelle selon les dispositions de l'article 2.2.1.

ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES EMPLOYÉS

5.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

5.1.1 Le montant d'assurance de base payable au décès de l'adhérent est le suivant :

5.1.1.1 Adhérent employé de moins de 65 ans

Au décès d'un adhérent, alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 1 fois le traitement annuel de l'adhérent, ce dernier arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

5.1.1.2 Adhérent employé de 65 ans ou plus

Au décès d'un adhérent, alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire un montant d'assurance vie égal à 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % de son traitement annuel, selon le choix de l'adhérent. Cette protection est sujette à un maximum de 75 % dudit traitement, à compter de l'âge de 70 ans et à 50 % dudit traitement à compter de l'âge de 75 ans.

Pour l'adhérent qui a atteint l'âge de 65 ans entre le 28 avril 1983 et le 3 janvier 1985 et qui n'a pas opté pour l'un des choix précités, telle personne conserve un montant d'assurance vie égal à 5 000 \$.

5.1.2 Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent a droit à l'exonération des primes, le montant d'assurance vie de base de l'adhérent est ajusté annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, suivant le début de l'exonération de 3 %.

5.1.3 Exclusion et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de l'adhérent en vertu du présent régime pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérent si ladite personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants de protection.

5.2 Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles

5.2.1 Montant de la prestation

Si un adhérent, âgé de moins de 65 ans et n'ayant pas opté pour sa retraite, subit par suite d'un accident survenu alors que ce régime est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent.

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

La perte d'un membre signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un oeil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet oeil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

5.2.2 Exclusions et réduction du régime

Ce régime ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à l'adhérent si la perte subie survient dans les cas suivants :

- 5.2.2.1 En raison d'une tentative de suicide ou du suicide de l'adhérent, ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- 5.2.2.2 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident.
- 5.2.2.3 En raison d'émeute, insurrection, hostilités ou guerre déclarée ou non.
- 5.2.2.4 Alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- 5.2.2.5 Lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie), empoisonnement ou intoxication, sauf dans les cas découlant d'un accident de travail.

- 5.2.2.6 Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 5.2.2.7 En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident mais ne résultant pas de cet accident.
- 5.2.2.8 À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.
- 5.2.2.9 Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

5.3 Régime d'assurance vie des personnes à charge

5.3.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'un adhérent est le suivant :

5.3.1.1 s'il s'agit du conjoint : 6 000 \$;

5.3.1.2 s'il s'agit d'un enfant à charge : 6 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures.

5.3.2 Exclusion et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de l'assuré en vertu du présent régime pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de cette personne si elle décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants de protection.

5.4 Régime d'assurance vie facultative

5.4.1 Montant de la prestation

Le montant d'assurance payable au décès de l'assuré qui s'est prévalu de cette option est établi de la façon suivante :

5.4.1.1 Adhérent : 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel de l'adhérent selon l'option choisie. Ce montant est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

5.4.1.2 Conjoint : 1 à 10 tranches de 10 000 \$ chacune selon l'option choisie.

5.4.2 Réduction de la protection du conjoint

Le montant d'assurance vie du conjoint est réduit à 10 000 \$ lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

5.4.3 Preuves d'assurabilité

Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative.

Toutefois les montants additionnels suivants sont disponibles sans preuves d'assurabilité lorsque l'assuré adhère dans les 30 jours suivant la date de début de son admissibilité :

5.4.3.1 Adhérent :

Âge de l'adhérent	Montant additionnel exprimé en multiples du traitement annuel
Moins de 40 ans	1 à 3 fois le traitement
40 à 54 ans	1 fois le traitement

5.4.3.2 Conjoint :

Âge de l'employé	Montant additionnel d'assurance sur la vie du conjoint
Moins de 40 ans	1 à 3 tranches de 10 000 \$
40 à 49 ans	1 à 2 tranches de 10 000 \$
50 ans ou plus	1 tranche de 10 000 \$

5.4.4 Exclusion et réduction du régime

Ce régime ne s'applique pas si l'assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérent, si ladite personne décède dans les 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent régime, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant du régime, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

5.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et de son conjoint

L'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance et selon les conditions énoncées ci-après, lorsqu'un médecin procède à une intervention chirurgicale couverte par la garantie ou qu'un diagnostic conforme aux descriptions ci-après d'une maladie grave couverte par la garantie est posé par un médecin pour la première fois.

Les prestations payables en vertu du présent régime sont limitées à 100 % du montant d'assurance viager pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées relativement à chaque assuré.

Le montant de prestations est payable uniquement si l'assuré survit à une période de 30 jours suivant immédiatement la date de l'intervention chirurgicale ou la date du diagnostic de la maladie couverte et pour autant que le diagnostic demeure inchangé tout au long de cette période.

De plus, l'assurance doit être en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale, selon le cas, pour que la prestation soit payable. Toutefois, lorsque la maladie grave ou l'intervention chirurgicale découle directement d'un accident, la date de l'accident fait foi de l'assurance.

5.5.1 Montant d'assurance

L'adhérent et son conjoint peuvent chacun souscrire de 5 à 30 tranches d'assurance de 5 000 \$, pour un maximum de 150 000 \$.

5.5.2 Interventions chirurgicales et les maladies donnant droit à des prestations

5.5.2.1 Prestation de 100 % du montant d'assurance

a) Sclérose en plaques

Désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un médecin neurologue, d'au moins deux épisodes d'anomalies neurologiques bien définies dont l'une a été d'une durée d'au moins six mois consécutifs, et confirmé par des techniques modernes d'imagerie.

b) Dystrophie musculaire

Désigne le diagnostic sans équivoque et définitif posé par un médecin dûment qualifié, d'une atteinte suffisamment sévère qu'elle a empêché l'assuré de vaquer aux activités habituelles d'une personne du même âge pendant au moins 6 mois. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.

c) Paralysie

Désigne un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus, à la suite d'une paralysie physique ayant persisté pendant une période continue de 180 jours ou plus sans interruption.

d) Maladie d'Alzheimer

Désigne le diagnostic d'une maladie neurodégénérative progressive posé par un médecin neurologue ou gériatre. L'assuré doit présenter une diminution des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement résultant en des facultés mentales ainsi qu'une capacité de fonctionner en société tellement réduites qu'il doit faire l'objet d'une surveillance constante.

e) Maladie de Parkinson

Désigne le diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique et dégénératrice posé par un médecin neurologue et présentant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- rigidité;
- tremblements;
- akinésie.

f) Affection du neurone moteur

Désigne le diagnostic sans équivoque d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primaire;
- atrophie spinale progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo bulbaire.

g) Cécité

Désigne la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, confirmée par un médecin ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être de moins de 20 degrés, et ce, dans les deux yeux.

h) Infection occupationnelle par le VIH

Désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de la garantie, découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'assuré, exposant celui-ci à du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

Tout accident ou blessure pouvant entraîner une infection par le VIH doit être rapporté à l'Assureur dans les 14 jours après l'événement. Des prélèvements sanguins obtenus dans les 14 jours après l'événement doivent confirmer que l'assuré est alors négatif pour le VIH. Entre 3 et 6 mois après l'événement, des tests sanguins doivent confirmer que l'assuré est alors positif pour le VIH.

L'Assureur doit avoir accès à un test indépendant de tous les échantillons de sang prélevés et a le droit d'exiger tout autre prélèvement de sang qu'il juge nécessaire.

L'accident doit être rapporté, enquêté et documenté selon les procédures établies pour l'occupation en question.

5.5.2.2 Prestation de 50 % du montant d'assurance

a) Accident vasculaire cérébral

Désigne tout traumatisme vasculaire cérébral produisant des séquelles neurologiques considérées permanentes et résultant en une paralysie ou autres déficits neurologiques mesurables persistant pendant au moins 30 jours suivant le traumatisme.

b) Insuffisance rénale

Désigne le diagnostic d'une insuffisance permanente et irréversible des deux reins et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

c) Brûlures graves

Désigne un diagnostic par un médecin qui est un chirurgien plasticien diplômé, de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % du corps.

d) Transplantation d'un organe vital

Désigne la mise en place par chirurgie dans le corps de l'assuré, à la suite de l'altération irréversible de sa fonction, d'un des organes vitaux suivants, prélevé du corps d'un donneur convenable selon les pratiques médicales généralement reconnues :

- le cœur;
- le foie;
- la moelle osseuse excluant toutefois l'autogreffe;
- les deux poumons;
- les deux reins;
- le pancréas.

5.5.2.3 Prestation de 35 % du montant d'assurance

a) Infarctus du myocarde

Désigne la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport inadéquat de flux sanguin vers la région touchée.

Le diagnostic doit être confirmé par les deux éléments suivants :

- changements électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde ou tableau clinique nouveau et typique, uniquement dans les cas où l'électrocardiogramme ne peut pas être interprété (bloc de branche complet, syndrome de Wolff-Parkinson-White, stimulateur cardiaque), et
- changements caractéristiques dans deux répétitions consécutives des marqueurs biochimiques cardiaques (troponine ou CPK ou MB-CPK) à des niveaux correspondant à un infarctus aigu du myocarde.

b) Cancer

Désigne le diagnostic de tumeur maligne caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

c) Coma

Désigne le diagnostic, confirmé par un médecin neurologue, d'un état profond d'inconscience duquel l'assuré ne peut émerger et ayant persisté de façon continue pendant au moins 96 heures, et pour lequel toute stimulation extérieure ne provoque que des réponses réflexes d'évitement primitives.

d) Pontage coronarien

Désigne une intervention chirurgicale recommandée par un médecin interniste ou cardiologue et pratiquée par un médecin chirurgien afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe ou anastomose.

5.5.2.4 Prestation de 25 % du montant d'assurance

a) Surdité

Désigne le diagnostic de la perte totale et irréversible de l'ou ie des deux oreilles, pour laquelle le seuil auditif est de plus de 90 décibels, confirmé par un médecin oto-rhino-laryngologiste.

b) Perte de la parole

Désigne le diagnostic de la perte totale, permanente et irréversible de la parole, résultant de dommages corporels ou d'une maladie physique. Des preuves médicales attestant qu'il y a eu perte de la parole pendant 365 jours consécutifs doivent être fournies au moment du diagnostic pour avoir droit à l'indemn .

5.5.3 Exclusions et restrictions générales du régime

Sont exclues du régime d'assurance maladies redoutées et ne donnent droit à aucune prestation les situations suivantes :

5.5.3.1 Blessures que l'assuré s'est infligées volontairement ou résultant d'une tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.

5.5.3.2 Toute blessure ou maladie contractée lors de la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré :

- a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
- est sous l'effet de drogues ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

5.5.3.3 Toute condition résultant directement ou indirectement d'un abus d'alcool, d'utilisation de drogues ou de prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

- 5.5.3.4 Blessure ou maladie découlant d'une guerre déclarée ou non ou d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 5.5.3.5 Toute condition pour laquelle l'assuré a refusé ou négligé de suivre les traitements appropriés à son état.
- 5.5.3.6 Toute condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 5.5.3.7 Si l'assuré décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic ou de l'intervention assurés.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les cas suivants :

- 5.5.3.8 Maladie d'Alzheimer : les autres syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques sont explicitement exclus.
- 5.5.3.9 Maladie de Parkinson : tous les autres types de Parkinsonisme sont spécifiquement exclus.
- 5.5.3.10 Affection du neurone moteur : les autres variations de la maladie du neurone moteur sont exclues.
- 5.5.3.11 Accident vasculaire cérébral : les accidents ischémiques et l'insuffisance vertébrobasilaire sont exclus.
- 5.5.3.12 Infarctus du myocarde :
 - infarctus du myocarde survenant dans les 48 heures suivant une revascularisation facultative, à moins qu'il ne soit accompagné de nouvelles ondes Q pathologiques.
 - infarctus du myocarde diagnostiqué par une autre méthode, à moins que le diagnostic ne soit confirmé de la façon décrite ci-dessus.
- 5.5.3.13 Pontage coronarien : les techniques non chirurgicales telles l'angioplastie à ballonnet, le soulagement d'une occlusion par laser ou toute autre technique sans pontage ou anastomose.
- 5.5.3.14 Perte de la parole : tous les cas reliés à la psychiatrie sont exclus.

- 5.5.4 Exclusions, restrictions et réduction afférentes à une infection occupationnelle par le VIH :

Toute infection au VIH résultant de ou transmise par toute autre cause incluant, de façon non limitative, une activité sexuelle ou l'usage de drogues, est spécifiquement exclue de la garantie.

De plus, la prestation n'est pas payable si l'assuré avait refusé d'utiliser tout vaccin offrant une protection contre le VIH devenu disponible avant l'accident ou la blessure.

Par ailleurs, si un traitement curatif pour le SIDA devenait disponible après la date de prise d'effet de la garantie, la présente protection pour infection accidentelle par le VIH deviendra nulle et sans effet, de plein droit, à compter de la date de disponibilité de ce traitement.

5.5.5 Exclusions, restrictions et réduction afférentes au cancer :

Cette garantie ne s'applique pas pour tout diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de l'assuré ou si des signes, symptômes ou problèmes se manifestent durant cette période.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les formes de cancer suivantes :

5.5.5.1 Tout type de cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ) selon la classification TNM; pour le cancer de la prostate, la classification T1N0M0 est aussi exclue;

5.5.5.2 Lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;

5.5.5.3 Tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin envahissant le derme ou se développant plus en profondeur, soit à plus de 1.0 mm;

5.5.5.4 Toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);

5.5.6 Preuves d'assurabilité

La participation au régime d'assurance maladies redoutées est sujette à la présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion et lors de l'addition d'une ou de plusieurs tranches d'assurance par l'adhérent ou par son conjoint. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de l'adhérent ou de son conjoint peut entraîner la nullité du présent régime pour la personne en question.

5.5.7 Preuves et examens

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de l'Assureur dans les 90 jours suivant la date à laquelle l'intervention chirurgicale ou la maladie satisfait aux conditions stipulées dans le présent régime, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable.

L'Assureur peut en tout temps faire examiner, par un médecin de son choix, l'assuré pour qui une demande de prestations est présentée.

5.6 Prolongation en cas de transformation

Les régimes d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative à l'égard de l'adhérent et des personnes à charge est maintenu pendant toute la période au cours de laquelle ils ont le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu de l'article 5.7 « Transformation des régimes d'assurance vie de base de l'adhérent, vie des personnes à charge et d'assurance vie facultative ».

5.7 Transformation des régimes d'assurance vie de base de l'adhérent, vie des personnes à charge et d'assurance vie facultative

Lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible au présent régime du fait de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, ou lorsqu'une de ses personnes à charge cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la terminaison de l'assurance de l'adhérent par suite de son décès, de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe ou du fait que la personne à charge ne répond plus à la définition prévue au présent contrat, cette personne a le droit, si elle en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité le présent régime en une police individuelle d'assurance « vie entière » ou « temporaire à 65 ans » dont la prime pour la première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde les régimes d'assurance vie de base et de vie facultative, réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel la personne est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Le montant d'assurance transformée ne peut excéder 400 000 \$.

La police individuelle ne comporte pas d'exonération de prime et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur, tels qu'établis par l'Assureur. La première prime doit être reçue dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité et l'assurance individuelle entre en vigueur à la date de réception de la prime.

L'adhérent et ses personnes à charge ne peuvent exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu du présent contrat. Néanmoins, ils peuvent transformer la différence entre le montant d'assurance vie individuelle qu'ils détiennent en vertu de tout exercice antérieur du droit transformation et le montant qu'ils ont droit de transformer en vertu des régimes d'assurance vie de base et de vie facultative, si ce dernier est supérieur au montant déjà transformé.

En cas d'échéance du contrat, l'adhérent assuré depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre. Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25% du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux. L'adhérent peut exercer ce droit en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date d'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité.

5.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement, après l'expiration de ladite période d'invalidité. L'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit aux prestations en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée où y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu dudit régime, tant que dure l'invalidité totale.

Le montant d'assurance vie de l'adhérent sujet à l'exonération des primes est celui établi en fonction du traitement de l'adhérent employé au début de son invalidité. Toutefois, le montant d'assurance vie de base de l'adhérent employé est indexé de 3 % le 1er janvier de chaque année, à compter du 1er janvier qui suit le début de l'exonération.

Les montants d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles et d'assurance vie des personnes à charge sujets à l'exonération des primes sont ceux en vigueur au moment où l'adhérent employé devient invalide.

Les montants d'assurance maladies redoutées sujets à l'exonération des primes sont ceux en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale de l'assuré.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la Société d'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité totale;
- la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- la date de la fin du contrat ou de la fin du régime.

5.9 **Bénéficiaire**

Tout adhérent peut désigner un seul bénéficiaire ou changer le bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

5.10 **Paiement de l'assurance**

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou de la personne à charge assurée ou de la mutilation de l'adhérent. En cas de mutilation de l'adhérent, les prestations sont payables à l'adhérent. Advenant le décès de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à l'adhérent.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de l'assuré et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par l'adhérent. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

5.11 **Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale pour l'adhérent ou de son conjoint**

Un adhérent ou son conjoint dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée à 50 % du montant d'assurance vie (base et facultative) de l'adhérent, sans excéder 50 000 \$.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par un autre régime.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêt au taux annuel de 6 %.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus au présent article cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

5.12 Prolongation en cas de retraite

Cette protection à l'égard d'un adhérent qui prend sa retraite est prolongée sans paiement de primes pendant la période de 60 jours suivant sa date de mise à la retraite.

La protection ainsi prolongée est égale à :

5.12.1 Adhérent :

Le moindre entre le montant détenu le jour précédent la date de sa mise à la retraite et le montant maximal qui lui est offert selon son âge au moment de sa mise à la retraite.

5.12.2 Personnes à charge :

Le moindre entre le montant détenu par l'adhérent le jour précédent la date de sa mise à la retraite et le montant maximal offert aux personnes à charge d'un adhérent retraité. Tel montant maximal variant selon l'âge atteint de l'adhérent retraité.

5.13 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent

Lors du décès d'un adhérent, la participation de son conjoint ou de ses enfants à charge au régime d'assurance vie des personnes à charge qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de 6 mois.

Après cette période de 6 mois, le conjoint ou les enfants à charge peuvent continuer leur participation aux régimes d'assurance vie des personnes à charge qu'ils détiennent en payant la prime requise. Relativement à la protection additionnelle sur la vie du conjoint, le taux d'assurance vie est alors établi en fonction de l'âge du conjoint.

5.14 Fin de l'assurance

5.14.1 Le régime optionnel d'assurance vie des employés de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

5.14.1.1 La date de la fin du contrat, sous réserve de l'article 5.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

5.14.1.2 La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des articles 5.6 « Prolongation en cas de transformation » et 5.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

- 5.14.1.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve des articles 5.6 « Prolongation en cas de transformation », 5.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et 5.12 « Prolongation en cas de retraite », 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent.
- 5.14.1.4 La date du début de la première période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date de réception, par l'employeur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.
- 5.14.1.5 La date de mise à la retraite de l'adhérent sous réserve de l'article 5.12 « Prolongation en cas de retraite ».
- 5.14.1.6 La date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent invalide.
- 5.14.1.7 La date de mise à la retraite ou la date de son 65^e anniversaire de naissance pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles.
- 5.14.1.8 La date de mise à pied pour un employé temporaire.
- 5.14.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
 - 5.14.2.1 La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des articles 5.6 « Prolongation en cas de transformation » et 5.13 « Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
 - 5.14.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge, sous réserve de l'article 5.6 « Prolongation en cas de transformation ».
 - 5.14.2.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des articles 5.6 « Prolongation en cas de transformation », 5.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et 5.13 « Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent », 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent.
 - 5.14.2.4 La date de mise à la retraite de l'adhérent sous réserve de l'article 5.12 « Prolongation en cas de retraite ».

- 5.14.2.5 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent ou d'une personne à charge d'un adhérent décédé qui désire mettre fin à l'assurance ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.
- 5.14.2.6 La date du 65^e anniversaire de naissance du conjoint pour le régime d'assurance vie facultative.

ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS

6.1 Régime d'assurance vie du retraité

6.1.1 Montant d'assurance vie du retraité

Au décès d'un adhérent alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % du traitement annuel au moment de la retraite, selon le choix de l'adhérent, sans excéder le montant de protection détenue le jour précédent sa retraite.

Toutefois, à compter du 60^e, 65^e, 70^e et du 75^e anniversaire de naissance du retraité, sa protection ne peut excéder respectivement 150 %, 100 %, 75 % et 50 % de son traitement à la date de sa retraite.

Pour l'adhérent qui a pris sa retraite entre le 28 avril 1983 et le 3 janvier 1985 et qui n'a pas opté pour l'un des choix précités, telle personne conserve un montant d'assurance vie égal à 5 000 \$.

Pour l'adhérent qui a pris sa retraite entre le 5 janvier 1978 et le 27 avril 1983, telle personne conserve un montant d'assurance vie égal à 5 000 \$.

Pour l'adhérent qui a pris sa retraite avant le 5 janvier 1978, telle personne conserve un montant d'assurance vie égal à 3 000 \$.

Une fois choisi, le montant d'assurance, en vertu du présent régime, ne peut plus être augmenté par la suite. Il peut cependant être réduit en tout temps à la demande de l'adhérent.

6.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

6.2.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'un adhérent est le suivant :

6.2.1.1 s'il s'agit du conjoint : 6 000 \$;

6.2.1.2 s'il s'agit d'un enfant à charge : 6 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures.

6.2.2 Prolongation en cas de transformation

Ce régime à l'égard d'un conjoint et des enfants à charge est maintenu pendant toute la période au cours de laquelle il a le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu de l'article 6.2.3 « Transformation ».

6.2.3 Transformation

Lorsque l'une des personnes à charge de l'adhérent cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat, ladite personne peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'événement, obtenir sans preuve d'assurabilité une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

6.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

6.3.1 Montant d'assurance vie du conjoint du retraité

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès du conjoint assuré d'un adhérent est de 1 ou 2 tranches de 10 000 \$, selon le nombre de tranches qu'il aura retenues.

6.3.2 Réduction de la protection

Le montant d'assurance vie du conjoint est réduit à 10 000 \$ lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

6.4 Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

6.5 Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou du conjoint assuré. Advenant le décès du conjoint d'un adhérent, les prestations sont payables à l'adhérent.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de l'assuré et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par l'adhérent. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

6.6 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent

Lors du décès d'un adhérent, la participation du conjoint ou des enfants à charge au régime d'assurance qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de 6 mois.

Après cette période de 6 mois, le conjoint ou les enfants à charge peuvent continuer leur participation aux régimes d'assurance vie qu'ils détiennent en payant la prime requise. Relativement à la protection additionnelle sur la vie du conjoint, le taux d'assurance vie est alors établi en fonction de l'âge du conjoint.

6.7 Fin de l'assurance

6.7.1 Le régime optionnel d'assurance vie du retraité de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

6.7.1.1 La date de fin de contrat;

6.7.1.2 Dans le cas où la prime n'est pas payée, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent;

6.7.1.3 Le premier jour du mois suivant la date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

6.7.2 Le régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité se termine à la première des dates suivantes :

6.7.2.1 La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve de l'article 6.8 « Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent »;

6.7.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge, sous réserve de l'article 6.2.2 « Prolongation en cas de transformation »;

- 6.7.2.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des articles 6.2.2 « Prolongation en cas de transformation » et 6.6 « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent », 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent;
- 6.7.2.4 La date de réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent ou d'une personne à charge d'un adhérent décédé qui désire mettre fin à l'assurance en vertu de ce régime ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

ARTICLE 7 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Sur réception et approbation, par l'Assureur, des preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence défini à l'article 7.2, l'Assureur verse à cet adhérent une indemnité mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

7.1 Période de prestations

Le premier versement d'indemnité est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 7.1.1 la cessation de l'invalidité totale;
- 7.1.2 le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur;
- 7.1.3 le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- 7.1.4 le décès de l'adhérent;
- 7.1.5 l'exercice d'une occupation rémunératrice par l'adhérent, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

7.2 Délai de carence

Signifie une période de 6 mois ou l'épuisement de la banque de congés maladie de l'adhérent si supérieure.

7.3 Montant des prestations

Le montant de la prestation est déterminé de la façon suivante :

7.3.1 Adhérent de moins de 65 ans

- 7.3.1.1 Durant la période de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur :

Le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 90 % du traitement net de l'adhérent.

Le traitement servant de base de calcul à la rente mensuelle de l'Assureur est le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

7.3.1.2 Après la période de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur :

Le montant payable par l'Assureur est égal à 90 % du traitement net de l'adhérent.

Le traitement servant de base de calcul à la rente mensuelle de l'Assureur est le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

7.3.1.3 Coordination des prestations :

Le montant des prestations mensuelles est réduit des montants suivants :

- a) tout montant net de rente, indemnité ou avantage payable par le RREGOP, le RRF, le RRE, le RRCE, le RRAPSC, le RREFQ, le RRPE, le Régime de rentes du Québec (rente d'invalidité ou de retraite seulement), la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur l'assurance automobile, la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, la Loi visant à favoriser le civisme et toute autre loi;

La rente de retraite coordonnable est celle payable à l'adhérent, sans réduction actuarielle, conformément au régime de retraite de l'employeur.

- b) toutes prestations nettes payables en vertu de toute politique de continuation de traitement ou de congés de maladie.

7.3.1.4 Demande de rentes, d'indemnités, d'avantages ou de prestations

À la demande de l'Assureur, l'adhérent a l'obligation de présenter une demande de rente, d'indemnité, d'avantage ou de prestations aux organismes mentionnés à l'article 7.3.1.3. Le défaut de l'adhérent de s'exécuter dans les 60 jours suivant une demande écrite de l'Assureur entraînera une estimation par l'Assureur de tels revenus et la coordination de ceux-ci à la prestation d'invalidité pendant la durée où l'adhérent est en défaut.

Concernant le régime de retraite, l'Assureur pourra obliger l'adhérent à présenter sa demande de rente de retraite auprès de son employeur si les trois conditions suivantes sont respectées:

- 1) l'Assureur conclut que l'adhérent est complètement inapte à exercer tout emploi rémunérateur selon les dispositions prévues à l'article 1.20;
- 2) l'adhérent est admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle en vertu du régime de retraite de son l'employeur;
- 3) l'adhérent a bénéficié d'une période minimale de 3 ans d'exonération de cotisation au régime de retraite de son employeur. En l'absence d'exonération de cotisation, l'obligation prend effet lors de la rupture du lien d'emploi de l'adhérent. Pour l'adhérent participant au RRAPSC, l'obligation prend effet lorsqu'il atteint 32 années de service.

De plus, pour les fins de la coordination des prestations, un adhérent invalide qui a droit à des prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui fait une demande de rente de retraite auprès de cet organisme est présumé recevoir, ou continuer de recevoir des prestations d'invalidité de la Régie auxquelles il a droit jusqu'à la date maximale prévue par cet organisme, comme s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- 7.3.1.5 Aucune prestation n'est versée à l'adhérent invalide qui a droit à une rente de retraite avant 65 ans, dont le nombre d'années de service reconnu pour la détermination de sa rente est de 35 (32 pour le RRAPSC) et qui participe :

a) au RREGOP, au RRE, au RRCE, au RRPE, au RRF ou au RRAPSC;

ou

b) au RREFQ et a atteint l'âge de 55 ans à la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

- 7.3.1.6 Dans le cas d'un adhérent invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite ou qui s'est prévalu des dispositions légales lui permettant de recevoir un remboursement correspondant au montant le plus élevé entre la valeur actuarielle de sa rente de retraite et la valeur de ses cotisations accumulées avec intérêts versées à son régime de retraite, les prestations de l'Assureur sont déterminées comme si ce remboursement n'avait pas eu lieu.

7.3.2 Adhérent de 65 ans et plus

Pour l'adhérent invalide qui, immédiatement avant l'âge de 65 ans, recevait des prestations en assurance invalidité, l'Assureur s'engage à lui verser, à compter de l'âge de 65 ans et jusqu'à la date de son décès, des prestations déterminées selon la formule suivante :

$$[(TM_5 * 2 \% * A * 1,03^n) - (MGAM_5 * 0,7 \% * A_1 * 1,03^n) - R] * 0,55 \text{ où :}$$

$TM_5 =$ Le traitement moyen de l'adhérent invalide qui a servi de base au calcul de la rente de retraite en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE.

$A =$ La somme des années de service de l'adhérent invalide reconnues en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE pour fins de calcul de la pension, incluant les années donnant droit à un crédit de rente en pourcentage du traitement final moyen, et qui auraient été reconnues n'eût été de l'invalidité de l'adhérent sans toutefois excéder 35 années (32 années pour le RRAPSC). Cependant, les années de service donnant droit à un crédit de rente en montant fixe ne sont pas considérées aux fins du calcul de la valeur de « A ».

$A_1 =$ Années de service tel que défini pour « A » mais effectuées après le 1^{er} janvier 1966.

$n =$ Le nombre de mois complets entre la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent invalide et la date de fin de l'exonération des cotisations au régime de retraite, le tout divisé par 12.

$MGAM_5 =$ Le moindre de TM_5 et du maximum des gains admissibles moyen qui a servi de base au calcul de la rente de retraite en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE.

$R =$ La rente de retraite payable à l'adhérent invalide avant le partage du patrimoine, le cas échéant, lorsqu'il a atteint l'âge de 65 ans en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE, excluant les crédits de rente en montant fixe.

$0,55 =$ Cette réduction est appliquée étant donné que la prestation d'assurance invalidité versée est non imposable alors que la rente de retraite est imposable.

Si l'adhérent invalide a demandé un remboursement total de ses contributions en vertu de son régime de retraite, les valeurs « A » et « A1 » sont déterminées seulement en considérant les années postérieures à la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Dans le cas d'un adhérent employé invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite ou qui s'est prévalu des dispositions légales lui permettant de recevoir un remboursement correspondant au montant le plus élevé entre la valeur actuarielle de sa rente de retraite et la valeur de ses cotisations accumulées avec intérêts versées à son régime de retraite, les prestations de l'Assureur sont déterminées comme si ce remboursement n'avait pas eu lieu.

7.4 Dispositions particulières

7.4.1 Employé occasionnel

Le délai de carence et la période de prestations pour un employé occasionnel admissible sont déterminés de la même façon que pour tout autre employé, sauf que les particularités suivantes s'appliquent :

7.4.1.1 La rente mensuelle de l'Assureur est établie comme si l'employeur avait versé des prestations d'assurance traitement durant les 2 premières années d'invalidité.

7.4.1.2 La rente de remplacement après 65 ans est calculée comme si l'employé occasionnel avait été employé permanent, en simulant au besoin la participation au régime de retraite durant les 2 premières années d'invalidité.

7.4.2 Employé temporaire congédié

Les modalités décrivant le calcul de la rente mensuelle versée par l'Assureur s'appliquent également à un employé temporaire invalide qui est congédié, sauf que les particularités suivantes s'appliquent :

7.4.2.1 Si, au cours de sa première année à titre temporaire, un employé devient invalide et est congédié, seules les rentes mensuelles durant les périodes prévues au régime d'assurance traitement de l'employeur sont payables. Les montants des rentes mensuelles prévues sont déterminés en considérant les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur le 30 juin 2003 et applicables aux employés visés par le présent régime, qu'elles soient versées ou non.

- 7.4.2.2 Si, au cours de sa deuxième année à titre temporaire, un employé devient invalide et est congédié, les mêmes dispositions que pour un employé permanent s'appliquent, étant précisé que les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur le 30 juin 2003 et applicables aux employés visés par le présent régime mentionné à l'article 7.3.1.1 sont prises en considération, qu'elles soient versées ou non.

7.5 Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de la prestation mensuelle est ajusté annuellement au 1^{er} janvier selon les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel pour les fins de ce contrat est limité à 4 %.

7.6 Exclusions et réduction du régime

Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente garantie :

7.6.1 Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- 7.6.1.1 Période 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.
- 7.6.1.2 En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une émeute ou à une insurrection réelle ou appréhendée, sauf lors de l'accomplissement de son travail régulier.
- 7.6.1.3 En raison d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée ou s'est fait infliger intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- 7.6.1.4 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- 7.6.1.5 En raison d'alcoolisme ou toxicomanie. Toutefois, l'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme une maladie dans la mesure où l'adhérent, qui en est atteint, est traité médicalement en vue de sa réhabilitation selon les normes généralement reconnues. L'adhérent qui a reçu ainsi des traitements en vue de sa réhabilitation et qui demeure avec une incapacité physique ou mentale reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie le rendant invalide, a droit aux prestations d'invalidité et à la condition qu'il continue, s'il y a lieu médicalement, ses traitements de réhabilitation.

- 7.6.1.6 Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.
- 7.6.1.7 Résultant de traitements esthétiques.
- 7.6.1.8 Période pendant laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf pour ce qui est prévu à l'article 7.7.
- 7.6.1.9 En raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent.
- 7.6.2 À l'égard d'une invalidité totale attribuable à une grossesse et relative à une des périodes suivantes :
 - 7.6.2.1 Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou la date de l'accouchement, selon la première éventualité.
 - 7.6.2.2 Période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 7.6.3 Pour toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins d'un médecin, d'un spécialiste en psychiatrie ou d'un autre professionnel de la santé tel que requis par sa condition, à moins que selon l'avis de l'Assureur, sa condition soit stabilisée et ne requiert plus de tels soins.

7.7 Réadaptation

- 7.7.1 L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite à l'article 7.7.2. Le paiement de cette rente prend fin dès :
 - a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation ou;
 - b) l'interruption du programme de réadaptation ou;
 - c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

- 7.7.2 La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation.
- 7.7.3 Si le revenu de l'adhérent provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

7.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale avant l'âge de 65 ans, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement. Après cette période, l'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit à des prestations en vertu du présent régime.

Cependant, si l'invalidité totale est reconnue par la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes débute à compter de la date du début de l'invalidité.

7.9 Fin de l'assurance

Le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- 7.9.1 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement d'application de la Loi sur les assurances.
- 7.9.2 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve de l'article 7.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- 7.9.3 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de l'article 7.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- 7.9.4 La première période de paie suivant la date de réception, par l'employeur, du formulaire permettant à l'employé d'exercer son droit de renonciation mettant fin à cette garantie, sous réserve des conditions stipulé à l'article 2.2.2.2.
- 7.9.5 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa retraite. Toutefois, l'adhérent qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération des primes.

7.9.6 À compter de l'âge de 64 ½ ans ou à compter de la date de signature d'une entente de participation à un programme de départ assisté qui consiste en un congé avec solde à temps plein précédant la retraite ou un congé de préretraite totale conduisant à la retraite.

7.9.7 À la date de mise à pied pour un employé temporaire.

7.10 Supplément aux prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion 7.6.2 du présent régime et qu'elle reçoit des prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait droit si l'exclusion 7.6.2 ne s'était pas appliquée.

ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

a) Adhérent de moins de 65 ans

37,98 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
49,39 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
87,38 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

23,40 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
30,40 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
53,81 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

97,70 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
97,70 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
195,42 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

a) Adhérent de moins de 65 ans

47,66 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
62,01 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
109,71 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

29,37 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
38,19 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
67,54 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

97,70 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
97,70 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
195,42 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

- a) Adhérent de moins de 65 ans

56,16 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
73,16 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
128,70 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

34,58 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
45,05 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
79,24 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

101,57 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
101,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
203,15 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

La prime additionnelle annuelle pour la personne adhérente en poste à l'étranger est de 1 701,99 \$, par personne adhérente.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraités de moins de 65 ans

Les taux de prime mensuels sont de :

139,21 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
195,96 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
313,17 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraités de 65 ans et plus inscrits à la RAMQ

Les taux de prime mensuels sont de :

31,24 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
43,77 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
69,25 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraités de 65 ans et plus non inscrits à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

Les taux de prime mensuels sont de :

310,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
350,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
642,37 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont les suivants :

Âge de l'adhérent	par 1000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,063 \$
65 à 69 ans	0,447 \$
70 à 74 ans	0,932 \$
75 ans et plus	1,661 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Les taux de prime, par famille, sont les suivants :

- Adhérent de moins de 65 ans
0,30 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,65 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans et plus
0,59 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,52 \$ par adhérent détenant une protection familiale

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont les suivants :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont les suivants:

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$
65 à 69 ans	0,493 \$	0,375 \$	0,493 \$	0,375 \$
70 à 74 ans	0,959 \$	0,782 \$	0,959 \$	0,782 \$
75 ans ou plus	1,593 \$	1,391 \$	1,593 \$	1,391 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime mensuels sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,23 \$
55 à 59 ans	0,34 \$
60 à 64 ans	0,62 \$
65 à 69 ans	1,08 \$
70 à 74 ans	1,99 \$
75 ans ou plus	3,41 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime mensuel par famille est de 6,96 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime mensuels par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employés

Le taux de prime est égal à 0,757 % du traitement de l'adhérent.

8.1.5.2 Juristes non syndiqués

Le taux de prime est égal à 1,038 % du traitement de l'adhérent.

8.2 Modification des taux de prime

L'Assureur peut modifier les taux de prime à la fin de la première période contractuelle ou en tout temps par la suite. Toutefois, en cas d'augmentation, l'Assureur doit indiquer par écrit au Preneur les nouveaux taux au moins 120 jours à l'avance et aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente à moins que les régimes ne soient modifiés.

De plus, l'Assureur peut modifier les taux de primes en tout temps s'il survient une modification importante, de l'avis de l'Assureur, dans le nombre d'adhérents (plus de 25 %), dans la catégorie d'employés admissibles ou dans la nature du risque couvert, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

8.3 Changement de politique gouvernementale

Si le gouvernement fédéral ou provincial adopte ou modifie des lois ou des règlements ou tout autre élément qui pourraient influencer la tarification de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit d'ajuster les taux de prime et les conditions de rétention pour les régimes concernés, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adoption ou de la modification de ladite loi ou dudit règlement ou dudit élément, après entente avec le Preneur.

Entre-temps, le contrat continue de s'appliquer comme s'il n'y avait pas eu de changement jusqu'à ce qu'une entente intervienne entre le Preneur et l'Assureur.

8.4 Paiement des primes

Les primes sont payables d'avance à l'Assureur, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente le premier jour de chaque période de 28 jours.

Pour les employés qui deviennent adhérents à une date autre que le premier jour d'une période de paie, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour de la période de paie suivante. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications des prestations. La prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle l'adhérent cesse d'être assuré.

La prime par période de paie est établie selon le taux de prime et le volume d'assurance (ou de traitement annuel) qui est applicable à l'adhérent au premier jour de ladite période.

8.5 Délai de grâce

L'Assureur accorde au Preneur, un délai de 45 jours suivant la date de début de facturation. Des intérêts, tels que définis ci-dessous, sont ajoutés advenant le paiement des primes après ce délai.

Le taux d'intérêt est égal au taux moyen de rendement sur les bons du Trésor d'une durée de 3 mois, tel que déclaré au début de la période à laquelle il se rapporte, arrondi au multiple de 1/4 de 1 % qui précède ou coïncide avec ce taux.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

9.1 Non-paiement de la prime

À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce, l'Assureur se réserve le droit de résilier ce contrat à compter de la date d'échéance de la prime impayée.

9.2 Préavis

L'Assureur peut résilier ce contrat à toute date de renouvellement en donnant par courrier recommandé au Preneur du contrat un préavis d'au moins 120 jours. Le Preneur du contrat peut résilier ce contrat en tout temps en donnant par courrier recommandé à l'Assureur un préavis d'au moins 30 jours. À défaut de tel préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à chacune de ses échéances.

9.3 Faillite

La faillite du Preneur met fin immédiatement au contrat et libère l'Assureur de toute obligation aux termes des présentes à compter de la date de la faillite.

9.4 Pourcentage d'adhésion

Le Preneur et l'Assureur conviennent de réévaluer le régime d'assurance en tout temps, si le pourcentage de participation réel est inférieur au pourcentage de participation minimum décrit ci-dessous :

Régime optionnel d'assurance vie des employés et régime optionnel d'assurance vie des retraités : 50 %

ARTICLE 10 - **MODIFICATION AU CONTRAT**

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

ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES

- 11.1 Tout avis ou préavis donné par l'Assureur au Preneur est suffisant si l'Assureur l'envoie par la poste au Preneur à son adresse telle qu'elle figure dans les dossiers de l'Assureur. Tout avis ou préavis donné par le Preneur du contrat est suffisant s'il l'envoie par la poste à l'Assureur à l'adresse de son siège social à Québec (Québec). Aucun représentant en assurance et aucun représentant de l'Assureur n'est autorisé à apporter des modifications au présent contrat ou à rayer une quelconque de ces dispositions. Toute modification doit être approuvée par écrit par l'Assureur.
- 11.2 Toute action en justice au sujet d'une demande de prestations en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur, pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant le moment où le droit d'action prend naissance, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.
- 11.3 L'adhérent subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur du dommage ayant entraîné ouverture aux versements de prestations en vertu du présent contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à l'adhérent.
- 11.4 Pour l'application du présent contrat, on considère tous les assurés comme étant couverts en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie du Québec et de tout autre régime public; en aucun cas, les sommes versées par l'Assureur ne doivent dépasser celles qui auraient été versées par celui-ci si l'assuré avait été assuré en vertu desdites lois.
- 11.5 Toute erreur ou omission affectant le montant de prime est corrigée sitôt découverte et un ajustement de prime est effectué. Cependant, si une erreur ou omission affecte l'existence de l'assurance ou affecte le montant d'assurance en vigueur, les faits véritables sont alors utilisés pour déterminer si l'assurance est en vigueur et pour établir le montant d'assurance en vigueur conformément aux termes du présent contrat.
- Aucune erreur de la part du Preneur ou de la part de l'Assureur dans la tenue des registres concernant l'assurance, ni aucun délai dans la compilation de tels registres ne peut invalider l'assurance en vigueur conformément aux articles du présent contrat ou ne peut continuer l'assurance terminée conformément aux articles du présent contrat.
- 11.6 Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada, au siège social de l'Assureur.

- 11.7 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur pendant la durée du présent contrat, tout renseignement que l'Assureur peut lui demander pour l'application du présent contrat.
- 11.8 Le Preneur doit permettre à l'Assureur d'examiner ses registres de paies et autres dossiers concernant ses employés et qui pourraient concerner l'adhésion et l'admissibilité au présent contrat d'employés et de personnes à charge admissibles.
- 11.9 Les droits des assurés en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par un assuré soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat ne liera l'Assureur.
- 11.10 Les droits aux prestations d'un assuré cessent automatiquement si tel assuré tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude, toute prestation en vertu de ce contrat et l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles subis après la date de cessation desdits droits.
- 11.11 La nullité de l'une des clauses ou la partie d'une clause du présent contrat n'entraînera pas la nullité complète de tout le contrat, mais seulement la nullité de la clause ou de la partie de la clause concernée.
- 11.12 L'emploi de titres, de paragraphes, d'articles et d'alinéas ne sont qu'à titre indicatif et pour fins de référence et en aucun cas ne peuvent être interprétés comme restreignant le droit des parties, dans l'interprétation du présent contrat, ce dernier devant toujours s'interpréter dans son ensemble et comme une entité.
- 11.13 Les stipulations de ce contrat prévalent et ont préséance sur toute stipulation d'une convention collective de travail en vigueur chez l'employeur. En cas de contradiction entre les stipulations de la convention collective de travail et celles du contrat collectif d'assurance, les stipulations de la convention collective sont réputées inexistantes et inopposables à l'Assureur.
- 11.14 Toute personne détenant un permis de représentant en assurance collective, à l'exception des employés de l'Assureur, qui a participé à la conclusion de ce contrat est réputée être la mandataire du Preneur.
- 11.15 Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le féminin que le masculin.

11.16 Régime optionnel d'assurance vie

L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement survenu alors que le présent contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le présent contrat était en vigueur.

11.17 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

L'échéance ou l'annulation de la garantie d'assurance traitement prévue au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur une invalidité totale survenue avant l'échéance ou l'annulation et l'Assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du présent contrat.

ARTICLE 12 - **LE CONTRAT**

Le présent contrat, les avenants, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les ententes intervenues entre-temps, les demandes d'adhésion des adhérents et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat tout entier entre les parties contractantes. En cas de contradiction, les termes et dispositions du présent contrat prévalent sur le cahier des charges et les documents d'appel d'offre et sur tout document ou dépliant explicatif remis aux assurés.

AVENANT NUMÉRO 1
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 9800
ÉMIS À L'INTENTION DU
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 3.18 est remplacé par le suivant :


3.18 Modalité de paiement

Pour l'achat de ses médicaments, l'assuré peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.


Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} avril 2015.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec, le 25^e jour du mois de mai 2015.



Jean Guay




Pierre Marc Bellavance

POUR LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire des représentants dûment autorisés à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À QUÉBEC le 18^e jour du mois de juin 2015.



Représentant autorisé

Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 2

FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800

ÉMIS À L'INTENTION DES EMPLOYÉS ET RETRAITÉS RATTACHÉS AU :

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 2.1.2 est remplacé par le suivant :

2.1.2 Un employé occasionnel engagé pour un surcroît de travail d'une durée de plus de 6 mois ou pour un projet spécifique d'une année ou plus ou à la suite de l'absence d'un employé pour une année ou plus est admissible à l'assurance selon les mêmes règles que celles décrites à l'article 2.1.1. Toutefois, l'employé occasionnel réengagé à la suite d'une interruption de 60 jours ou moins est admissible à compter de la date de son réengagement.

Toutefois, tout retraité ayant participé au RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE qui est réembauché par l'employeur n'est pas admissible au régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

2. Le contrat est modifié en ce sens que le paramètre « Substitution générique » est ajouté à la section « **Médicaments** » du **Tableau des garanties** à l'article 3 - **RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES EMPLOYÉS** :

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Substitution générique	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

3. Le contrat est modifié en ce sens que les paragraphes suivants sont ajoutés à la suite du premier paragraphe de l'article 3.4.2 :

Substitution générique obligatoire :

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent, seront limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher, et ce, même si le professionnel de la santé indique la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance.

12 janvier 2016

Si l'assuré désire obtenir le remboursement d'un médicament prescrit autre que le médicament générique équivalent le moins cher, il devra obtenir le formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de l'Assureur, et le faire remplir par le professionnel de la santé qui devra spécifier les contre-indications médicales à l'achat du médicament générique équivalent le moins cher. L'assuré devra ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation seront par la suite acceptés par le système de transmission électronique de l'Assureur.

4. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 8.1 est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

- a) Adhérent de moins de 65 ans
 - 38,63 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 50,24 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 88,88 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ
 - 24,34 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 31,62 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 55,96 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
 - 99,37 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 99,37 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 198,77 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

- a) Adhérent de moins de 65 ans
 - 48,48 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 63,07 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 111,59 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ
 - 30,54 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 39,72 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 70,24 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
 - 103,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 103,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 206,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

- a) Adhérent de moins de 65 ans
 - 57,12 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 74,42 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 130,91 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ
 - 35,96 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 46,85 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 82,41 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
 - 103,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 103,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 206,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 131,20 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- b) 157,43 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- c) 282,07 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraités de moins de 65 ans

Les taux de prime mensuels sont de :

146,17 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
205,76 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
328,83 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraités de 65 ans ou plus inscrits à la RAMQ

Les taux de prime mensuels sont de :

30,68 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
42,98 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
68,00 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

**8.1.2.3 Retraités de 65 ans ou plus non inscrits à la RAMQ
(prime additionnelle pour les médicaments)**

Les taux de prime mensuels sont de :

310,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
350,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
642,37 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	par 1000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,063 \$
65 à 69 ans	0,447 \$
70 à 74 ans	0,932 \$
75 ans et plus	1,661 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans
0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans ou plus
0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$
65 à 69 ans	0,493 \$	0,375 \$	0,493 \$	0,375 \$
70 à 74 ans	0,959 \$	0,782 \$	0,959 \$	0,782 \$
75 ans ou plus	1,593 \$	1,391 \$	1,593 \$	1,391 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime mensuels sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,23 \$
55 à 59 ans	0,34 \$
60 à 64 ans	0,62 \$
65 à 69 ans	1,08 \$
70 à 74 ans	1,99 \$
75 ans ou plus	3,41 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime mensuel par famille est de 6,96 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime mensuels par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employés

Le taux de prime est égal à 0,757 % du traitement de l'adhérent.

8.1.5.2 Juristes non syndiqués

Le taux de prime est égal à 1,038 % du traitement de l'adhérent.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec, le 12^e jour du mois de janvier 2016.

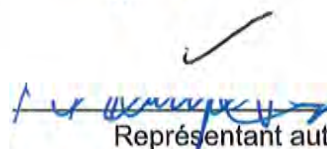

Jean Guay


Pierre Marc Bellavance

POUR LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire des représentants dûment autorisés à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À Québec le 23^e jour du mois de Août 2017.


Représentant autorisé

Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 3

FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800

ÉMIS À L'INTENTION DES EMPLOYÉS ET RETRAITÉS RATTACHÉS AU :

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que le premier paragraphe de l'article 3 - **RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES EMPLOYÉS** est remplacé par les deux suivants :

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.

Le présent régime couvre les frais engagés par un assuré pourvu qu'ils s'appliquent à des fournitures ou des services admissibles, qu'ils soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement au **Tableau des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

2. Le contrat est modifié en ce sens que les deux paragraphes relatifs à la substitution générique obligatoire, tel qu'ajoutés par l'article 3 de l'avenant 2, sont remplacés par les suivants :

Substitution générique obligatoire :

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé indique la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement d'un médicament d'origine ou d'un produit équivalent, il devra obtenir le formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de l'Assureur, et le faire remplir par le professionnel de la santé qui devra spécifier les contre-indications médicales à l'achat du produit équivalent le moins cher. L'assuré devra ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation seront par la suite acceptés par le système de transmission électronique de l'Assureur. Le formulaire médical n'aura pas à être rempli de nouveau.

1^{er} mars 2017

3. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 8.1, tel que modifié par l'article 4 de l'avenant 2, est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

- a) Adhérent de moins de 65 ans
 - 43,30 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 56,32 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 99,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ
 - 27,29 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 35,45 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 62,73 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
 - 111,39 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 111,39 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 222,82 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

- a) Adhérent de moins de 65 ans
 - 54,35 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 70,70 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 125,09 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ
 - 34,24 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 44,53 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 78,74 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

115,81 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

115,81 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

231,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

- a) Adhérent de moins de 65 ans

64,03 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

83,42 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

146,75 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

40,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

52,52 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

92,38 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

115,81 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

115,81 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

231,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 135,14 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;

- b) 162,15 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;

- c) 290,53 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraités de moins de 65 ans

152,75 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
215,02 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
343,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraités de 65 ans ou plus inscrits à la RAMQ

32,06 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
44,91 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
71,06 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraités de 65 ans ou plus non inscrits à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

310,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
350,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
642,37 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	par 1 000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,063 \$
65 à 69 ans	0,447 \$
70 à 74 ans	0,932 \$
75 ans et plus	1,661 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans

0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- Adhérent de 65 ans ou plus

0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$
65 à 69 ans	0,493 \$	0,375 \$	0,493 \$	0,375 \$
70 à 74 ans	0,959 \$	0,782 \$	0,959 \$	0,782 \$
75 ans ou plus	1,593 \$	1,391 \$	1,593 \$	1,391 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,24 \$
55 à 59 ans	0,35 \$
60 à 64 ans	0,64 \$
65 à 69 ans	1,11 \$
70 à 74 ans	2,05 \$
75 ans ou plus	3,51 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime par famille est de 7,17 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employés

Le taux de prime est égal à 0,787 % du traitement de l'adhérent.

8.1.5.2 Juristes non syndiqués

Le taux de prime est égal à 1,080 % du traitement de l'adhérent.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec le 11^e jour du mois de juillet 2017.

✓

Jean Guay

✓

Pierre Marc Bellavance

POUR LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire des représentants dûment autorisés à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À Québec le 23^e jour du mois de Août 2017.

✓

Représentant autorisé

Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 4
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que l'Assureur est remplacé par le suivant :
La Capitale assureur de l'administration publique inc.
2. Le contrat est modifié en ce sens que la date de renouvellement sur la page frontispice du contrat est modifiée pour la suivante :
Date de renouvellement : Le 1^{er} avril 2019 et le 1^{er} avril de chaque année subséquente.
3. Le contrat est modifié en ce sens que les définitions suivantes applicables spécifiquement aux frais de médicaments sont intégrées à l'article 1 en respectant l'ordre alphabétique, et tous les articles subséquents sont renumérotés en conséquence :

« Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable » : La liste de médicaments soumis à une autorisation préalable est une liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels l'assuré doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu du présent contrat.

« Médicaments génériques » : Les médicaments génériques sont des équivalents aux médicaments originaux ou innovateurs.

« Médicaments d'origine ou innovateurs » : Les médicaments d'origine ou innovateurs correspondent aux médicaments pour lesquels il existe un médicament générique équivalent.

« Médicaments uniques » : Les médicaments uniques sont des médicaments pour lesquels il n'existe aucun médicament générique équivalent.

24 juillet 2020

4. Le contrat est modifié en ce sens que l'item « Substitution générique » à la section *Médicaments* du *Tableau des garanties* de l'article 3, tel qu'ajouté par l'article 2 de l'avenant 2, est remplacé par le suivant :

Substitution	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
--------------	-------------	-------------	-------------

5. Le contrat est modifié en ce sens que les protections suivantes sont ajoutées au *Tableau des garanties* de l'article 3 :

Produits antitabac	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM
Stérilet	Couvert	Couvert	Couvert
Substances administrées pour raisons médicales (acte médical non couvert)	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par assuré	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par assuré	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par assuré

6. Le contrat est modifié en ce sens que l'article suivant est ajouté :

3.2.6 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

7. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 3.3.5 est remplacé par le suivant :

3.3.5 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

8. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 3.4 est remplacé par le suivant :

3.4 Frais de médicaments

Le coût des médicaments décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage prévu au *Tableau des garanties* selon le régime choisi, s'il y a lieu, après déduction de la franchise applicable à ce régime.

3.4.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de l'assuré.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, l'assuré doit faire remplir à ses frais par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

3.4.2 Liste élargie de médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.

Sont également admissibles les frais engagés :

- pour les substances administrées pour des raisons médicales et non esthétiques. Seule la substance administrée est couverte et non l'acte médical;
- pour l'achat d'un stérilet.

3.4.3 Substitution

Lorsque le *Tableau des garanties* indique que la substitution est obligatoire, seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, il doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, l'assuré doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

3.4.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) Les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle.
- b) Les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré, demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- c) Les préparations pour nourrissons.

- d) Les hormones de croissance. Toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat.
- e) Les produits homéopathiques et les produits naturels.
- f) Les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- g) Les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif.
- h) Les produits antitabac.
- i) Les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle; les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale.
- j) Les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée.
- k) Les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives.
- l) Les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que l'assuré soit hospitalisé ou non.
- m) Les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums admissibles prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur, avec le consentement du Preneur, se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière.

9. Le contrat est modifié en ce sens que l'article suivant est ajouté :

4.2.6 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

10. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 4.3.5 est remplacé par le suivant :

4.3.5 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

11. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 4.4 est remplacé par le suivant ; les dispositions relatives à la « *Substitution* » s'appliquant dorénavant aussi aux retraités :

4.4 Frais de médicaments

Le coût des médicaments décrits ci-après est remboursé à 80 % par l'Assureur après déduction d'une seule franchise annuelle de 50 \$ pour l'adhérent détenant une protection individuelle, de 75 \$ pour l'adhérent détenant une protection monoparentale et ses enfants à sa charge, et de 100 \$ pour l'adhérent détenant une protection familiale et ses personnes à sa charge. Toutefois, si le total des frais admissibles engagés pour l'adhérent et les personnes à sa charge, le cas échéant, excède 3 350 \$ par année civile, les frais qui excèdent sont remboursables à 100 %.

4.4.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de l'assuré.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, l'assuré doit faire remplir à ses frais par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

4.4.2 Liste élargie de médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.

Sont également admissibles les frais engagés :

- pour les substances administrées pour des raisons médicales et non esthétiques, jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par séance d'injections, par assuré. Seule la substance administrée est couverte et non l'acte médical;
- pour l'achat d'un stérilet;

- les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments sont sujets à un maximum global de 630 \$ de frais admissibles, par année, par assuré.

4.4.3 Substitution

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, il doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, l'assuré doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

4.4.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- Les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle.
- Les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré, demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- Les préparations pour nourrissons.
- Les hormones de croissance. Toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat.
- Les produits homéopathiques et les produits naturels.

- f) Les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- g) Les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif.
- h) Les produits antitabac.
- i) Les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle; les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale.
- j) Les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée.
- k) Les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives.
- l) Les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que l'assuré soit hospitalisé ou non.
- m) Les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums admissibles prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur, avec le consentement du Preneur, se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière.

12. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 4.14 est remplacé par le suivant :

4.14 Modalité de paiement

Pour l'achat de ses médicaments, l'assuré peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

13. Le contrat est modifié en ce sens que le 4^e paragraphe de l'article 5.8 est remplacé par le suivant :

Les montants d'assurance maladies redoutées sujets à l'exonération des primes sont ceux en vigueur au moment où l'adhérent employé devient invalide.

14. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 8.1, tel que modifié par l'article 3 de l'avenant 3, est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

a) Adhérent de moins de 65 ans

- 43,95 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 57,16 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 101,12 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 27,70 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 35,98 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 63,67 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

- 113,06 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 113,06 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 226,16 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

a) Adhèrent de moins de 65 ans

- 55,17 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 71,76 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 126,97 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 34,75 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 45,20 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 79,92 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

- 117,55 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 117,55 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 235,10 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

a) Adhérent de moins de 65 ans

- 64,99 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 84,67 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 148,95 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 40,91 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 53,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 93,77 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
 - 117,55 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 117,55 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 235,10 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 135,14 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- b) 162,15 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- c) 290,53 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraité de moins de 65 ans

- 171,40 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 241,27 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 385,58 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraité de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 35,20 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 49,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 78,02 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraité de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

- 299,45 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 338,30 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 619,89 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	par 1 000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,063 \$
65 à 69 ans	0,447 \$
70 à 74 ans	0,932 \$
75 ans et plus	1,661 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans :
0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans ou plus :
0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,023 \$	0,015 \$	0,023 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,021 \$	0,029 \$	0,021 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,025 \$	0,041 \$	0,025 \$
45 à 49 ans	0,053 \$	0,037 \$	0,053 \$	0,037 \$
50 à 54 ans	0,086 \$	0,059 \$	0,086 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,146 \$	0,094 \$	0,146 \$	0,094 \$
60 à 64 ans	0,290 \$	0,193 \$	0,290 \$	0,193 \$
65 à 69 ans	0,493 \$	0,375 \$	0,493 \$	0,375 \$
70 à 74 ans	0,959 \$	0,782 \$	0,959 \$	0,782 \$
75 ans ou plus	1,593 \$	1,391 \$	1,593 \$	1,391 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,24 \$
55 à 59 ans	0,35 \$
60 à 64 ans	0,64 \$
65 à 69 ans	1,11 \$
70 à 74 ans	2,05 \$
75 ans ou plus	3,51 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime par famille est de 7,17 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employé

Le taux de prime est égal à 0,822 % du traitement de l'adhérent.

8.1.5.2 Juriste non syndiqué

Le taux de prime est égal à 1,129 % du traitement de l'adhérent.


15. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 11.4 est remplacé par le suivant :

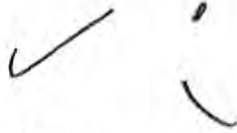
Pour les fins d'administration du présent contrat, tous les assurés sont présumés couverts par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu de la garantie d'assurance maladie sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que l'assuré en ait fait la demande ou non. Toutefois, les employés affectés à l'étranger pour des raisons professionnelles et expressément identifiés comme tels par leur employeur, ainsi que leurs personnes à charge, ne sont pas visés par cette disposition.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux date et lieu ci-après indiqués.

À Québec, le 27 avril 2021.



Jean-François Chalifoux
Président et chef de la direction


Éric Trudel
Vice-Président exécutif et Leader
Assurance collective

POUR LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire du représentant dûment autorisé à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À _____ Québec _____ le 26^e jour du mois de _____ janvier _____ 2022.



Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 5
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que le sous-article suivant est ajouté à l'article 2.2.4 :

c) Choix de protection en assurance voyage pour les retraités

Tout adhérent retraité couvert en vertu du régime d'assurance maladie des retraités doit choisir une des 2 options suivantes quant à la durée de la protection en assurance voyage :

- i) Option 1 : Durée de protection de 90 jours par voyage. Ce choix est irrévocable.
- ii) Option 2 : Durée de protection de 182 jours par année civile ou tant que l'assuré est couvert par la RAMQ dans le cas où une prolongation a été obtenue. Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois.

Suivant la réception de la confirmation de la protection telle que décrite ci-dessus, le retraité bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour effectuer des modifications.

Toutefois, tout adhérent retraité ayant opté pour l'option 2 pour la durée de protection en assurance voyage se voit automatiquement attribuer l'option 1 à la date de son 80^e anniversaire, et ce, même si la période minimale de maintien de 36 mois n'est pas terminée.

16 juillet 2020

2. Le contrat est modifié en ce sens que le paragraphe suivant est ajouté sous le premier paragraphe du sous-article 4.2 :

Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période prévue en vertu de l'option choisie par l'adhérent; ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

3. Le contrat est modifié en ce sens que le sous-article 8.1, tel que modifié par l'article 3 de l'avenant 3, est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

a) Adhérent de moins de 65 ans

43,07 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

56,02 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

99,10 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

27,15 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

35,26 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

62,40 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

110,80 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

110,80 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

221,64 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

a) Adhérent de moins de 65 ans

54,07 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

70,32 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

124,43 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

34,06 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

44,30 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

78,32 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

115,20 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

115,20 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

230,40 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

a) Adhérent de moins de 65 ans

63,69 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

82,98 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

145,97 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

40,09 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

52,24 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

91,89 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

115,20 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

115,20 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

230,40 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 135,14 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie;

- b) 162,15 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie;

- c) 290,53 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraité de moins de 65 ans

Assurance voyage – Option 1

158,88 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

223,65 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

357,42 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

174,22 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

245,25 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

391,94 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraité de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

Assurance voyage – Option 1

28,24 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
39,54 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
62,49 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

43,58 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
61,14 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
97,01 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraité de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

Assurance voyage – Option 1

296,19 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
333,71 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
612,55 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

311,53 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
355,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
647,07 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	par 1 000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,060 \$
65 à 69 ans	0,425 \$
70 à 74 ans	0,885 \$
75 ans ou plus	1,578 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans
0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans ou plus
0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$
65 à 69 ans	0,468 \$	0,356 \$	0,468 \$	0,356 \$
70 à 74 ans	0,911 \$	0,743 \$	0,911 \$	0,743 \$
75 ans ou plus	1,513 \$	1,321 \$	1,513 \$	1,321 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,24 \$
55 à 59 ans	0,36 \$
60 à 64 ans	0,65 \$
65 à 69 ans	1,12 \$
70 à 74 ans	2,07 \$
75 ans ou plus	3,55 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime par famille est de 7,69 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employé

Le taux de prime est égal à 0,822 % du traitement de l'adhérent.


8.1.5.2 Juriste non syndiqués


Le taux de prime est égal à 1,129 % du traitement de l'adhérent.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} avril 2019.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux date et lieu ci-après indiqués.

À Québec, le 27 avril 2021.



Jean-François Chalifoux
Président et chef de la direction


Éric Trudel
Vice-Président exécutif et Leader
Assurance collective

POUR LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire du représentant dûment autorisé à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À Québec le 26^e jour du mois de janvier 2022.



Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 6
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que le sous-article c) de l'article 2.2.4, tel qu'ajouté par l'article 1 de l'avenant 5, est remplacé par le suivant :

c) **Choix de protection en assurance voyage pour les retraités**

Tout adhérent retraité couvert en vertu du régime d'assurance maladie des retraités doit choisir une des 2 options suivantes quant à la durée de la protection en assurance voyage :

- i) Option 1 : Durée de protection de 90 jours par voyage. Ce choix est irrévocable.
- ii) Option 2 : Durée de protection de 182 jours par année civile ou tant que l'assuré est couvert par la RAMQ dans le cas où une prolongation a été obtenue. Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois.

Suivant la réception de la confirmation de la protection telle que décrite ci-dessus, le retraité bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour effectuer des modifications.

2. Le contrat est modifié en ce sens que le sous-article 8.1, tel que modifié par l'article 3 de l'avenant 5, est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

a) Adhérent de moins de 65 ans

- 41,99 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 54,62 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 96,62 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

1^{er} juin 2020

b) Adhèrent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 26,47 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 34,38 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 60,84 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

- 108,03 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 108,03 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 216,10 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

a) Adhérent de moins de 65 ans

- 52,72 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 68,56 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 121,32 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 33,21 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 43,19 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 76,36 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

- 112,32 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 112,32 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 224,64 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

a) Adhérent de moins de 65 ans

- 62,10 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
- 80,91 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
- 142,32 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

- 39,09 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

- 50,93 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 89,59 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ
- 112,32 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 - 112,32 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 - 224,64 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 135,14 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- b) 162,15 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie ;
- c) 290,53 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 **Régime d'assurance maladie des retraités**

8.1.2.1 Retraité de moins de 65 ans

Assurance voyage – Option 1

173,97 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 244,90 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 391,37 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

190,77 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
 268,55 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
 429,17 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraité de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

Assurance voyage – Option 1

27,36 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
38,31 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
60,55 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

42,23 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
59,24 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
94,00 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraité de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

Assurance voyage – Option 1

355,43 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
400,45 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
735,06 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

373,84 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
426,37 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
776,48 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	par 1 000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,060 \$
65 à 69 ans	0,425 \$
70 à 74 ans	0,885 \$
75 ans et plus	1,578 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans :
0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans ou plus :
0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$
65 à 69 ans	0,468 \$	0,356 \$	0,468 \$	0,356 \$
70 à 74 ans	0,911 \$	0,743 \$	0,911 \$	0,743 \$
75 ans ou plus	1,513 \$	1,321 \$	1,513 \$	1,321 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de primes, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont les suivants :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,24 \$
55 à 59 ans	0,36 \$
60 à 64 ans	0,65 \$
65 à 69 ans	1,12 \$
70 à 74 ans	2,07 \$
75 ans ou plus	3,55 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime par famille est de 8,07 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employé

Le taux de prime est égal à 0,802 % du traitement de l'adhérent.

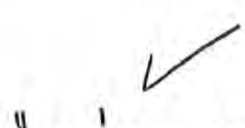
8.1.5.2 Juriste non syndiqués


Le taux de prime est égal à 1,101 % du traitement de l'adhérent.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} avril 2020.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux date et lieu ci-après indiqués.

À Québec, le 27 avril 2021.

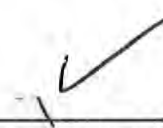

Jean-François Chalifoux
Président et chef de la direction


Éric Trudel
Vice-Président exécutif et Leader
Assurance collective

POUR LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire du représentant dûment autorisé à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À Québec le 26^e jour du mois de janvier 2022.



Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 7
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que l'article suivant est ajouté immédiatement après l'article 1.16 et les articles subséquents sont renumérotés en conséquence :
 - 1.17 « **Fournisseur de services de voyage** » : agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
2. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 1.18, tel que renuméroté par l'article 1 du présent avenant, est remplacé par le suivant :
 - 1.18 « **Frais de voyage payés d'avance** » : somme déboursée par l'assuré pour :
 - i) l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;
 - ii) les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par un fournisseur de services de voyage;
 - iii) les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
3. Le contrat est modifié en ce sens que les paragraphes suivants sont ajoutés immédiatement après le paragraphe k) de l'article 3.2.4 :
 - l) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas de tels événements ou situations.

23 mars 2021

m) Dans le cas de frais engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :

- tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, il doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

4. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 3.3.1.10 est remplacé par le suivant :

3.3.1.10 La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :

- i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
- ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après que les frais de voyage aient été engagés,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé à la date de départ en voyage de l'assuré.

Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré,

- l'assuré a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

5. Le contrat est modifié en ce sens que les articles suivants sont ajoutés immédiatement après l'article 3.3.3.10 :

3.3.3.11 Dans le cas de frais engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :

- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, il doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.3.3.12 Dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage si l'assuré a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

De même, aucune prestation n'est payable pour tous frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'interruption de voyage si l'assuré part en voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'interruption prévue en vertu de ce contrat. Toutefois, si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié de façon à préciser d'éviter tout voyage durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, l'assuré doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles, et ce, quelle que soit la cause.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

6. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 3.3.4 est remplacé par le suivant :

3.3.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès du fournisseur de services de voyage concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assisteur 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 d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Si le niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs est modifié, l'assuré doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage payés d'avance ou avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

7. Le contrat est modifié en ce sens que les paragraphes suivants sont ajoutés immédiatement après le paragraphe k) de l'article 4.2.4 :

- l) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas de tels événements ou situations.
- m) Dans le cas de frais engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
 - tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, il doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

8. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 4.3.1.10 est remplacé par le suivant :

4.3.1.10 La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :

- i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
- ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après que les frais de voyage aient été engagés,

- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé à la date de départ en voyage de l'assuré.

Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré,
- l'assuré a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

9. Le contrat est modifié en ce sens que les articles suivants sont ajoutés immédiatement après l'article 4.3.3.10 :

4.3.3.11 Dans le cas de frais engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :

- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, il doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

- 4.3.3.12 Dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage si l'assuré a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

De même, aucune prestation n'est payable pour tous frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'interruption de voyage si l'assuré part en voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'interruption prévue en vertu de ce contrat. Toutefois, si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié de façon à préciser d'éviter tout voyage durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, l'assuré doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles, et ce, quelle que soit la cause.

S'il s'avère impossible pour l'assuré de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

10. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 4.3.4 est remplacé par le suivant :

4.3.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès du fournisseur de services de voyage concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assisteur doit en être avisé au même moment.

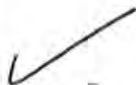
La responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.


Si le niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs est modifié, l'assuré doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage payés d'avance ou avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} jour du mois d'octobre 2020.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec, le 27 avril 2021.



Jean-François Chalifoux
Président et chef de la direction


Éric Trudel
Vice-Président exécutif et Leader
Assurance collective

POUR LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire du représentant dûment autorisé à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À Québec le 26^e jour du mois de janvier 2022



Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

AVENANT NUMÉRO 8
FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT NUMÉRO 009800
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

1. Le contrat est modifié en ce sens que la protection « Lecteur de glucose en continu » est ajoutée au *Tableau des garanties* de l'article 3, immédiatement après la protection « Glucomètre » :

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Lecteur de glucose en continu	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile

2. Le contrat est modifié en ce sens que l'article suivant est ajouté immédiatement après l'article 3.5.10 et que les articles subséquents sont renumérotés en conséquence :

3.5.11 Les frais d'achat d'un **lecteur de glucose en continu** (capteur et émetteur).

3. Le contrat est modifié en ce sens que l'article suivant est ajouté immédiatement après l'article 4.5.10 et que les articles subséquents sont renumérotés en conséquence :

4.5.11 Les frais d'achat d'un **lecteur de glucose en continu** (capteur et émetteur), jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 5 000 \$ par année civile, par assuré.

25 mars 2021

4. Le contrat est modifié en ce sens que l'article 8.1, tel que modifié par l'article 2 de l'avenant 6, est remplacé par le suivant :

8.1 Taux de prime

Les taux ci-après sont des taux par période de paie (14 jours) sauf pour les retraités pour lesquels les taux sont mensuels.

8.1.1 Régime modulaire d'assurance maladie des employés

8.1.1.1 Régime de base

a) Adhérent de moins de 65 ans

44,38 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

57,72 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

102,11 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

27,97 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

36,33 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

64,30 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

114,17 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

114,17 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

228,38 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.2 Régime intermédiaire

a) Adhérent de moins de 65 ans

55,72 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

72,46 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

128,21 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

35,10 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

45,64 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

80,70 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

118,70 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

118,70 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

237,40 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.3 Régime enrichi

a) Adhèrent de moins de 65 ans

65,63 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

85,51 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

150,41 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

b) Adhérent de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

41,31 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

53,82 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

94,68 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

c) Prime additionnelle pour un adhérent de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ

118,70 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;

118,70 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;

237,40 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.1.4 Prime mensuelle additionnelle pour l'adhérent en poste à l'étranger pour plus de 30 jours

- a) 135,14 \$ pour un adhérent seul couvert en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie;
- b) 162,15 \$ pour un adhérent accompagné de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie;
- c) 290,53 \$ pour un adhérent accompagné de son conjoint et de ses enfants à charge couverts en vertu du régime intermédiaire ou enrichi de l'assurance maladie.

8.1.2 Régime d'assurance maladie des retraités

8.1.2.1 Retraité de moins de 65 ans

Assurance voyage – Option 1

181,77 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
255,89 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
408,93 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

199,33 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
280,60 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
448,42 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.2 Retraité de 65 ans ou plus inscrit à la RAMQ

Assurance voyage – Option 1

25,54 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
35,76 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
56,52 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

39,42 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
55,30 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
87,74 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.2.3 Retraité de 65 ans ou plus non inscrit à la RAMQ (prime additionnelle pour les médicaments)

Assurance voyage – Option 1

459,98 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
518,24 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
951,28 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

Assurance voyage – Option 2

483,81 \$ par adhérent détenant une protection individuelle;
551,79 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
1 004,88 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3 Régime optionnel d'assurance vie des employés

8.1.3.1 Régime d'assurance vie de base de l'adhérent

Les taux de primes sont de :

Âge de l'adhérent	par 1 000 \$ d'assurance
Moins de 65 ans	0,058 \$
65 à 69 ans	0,414 \$
70 à 74 ans	0,862 \$
75 ans et plus	1,537 \$

Le taux de prime pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est de 0,018 \$ par 1 000 \$ d'assurance.

8.1.3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

Le taux de prime, par famille, est de :

- Adhérent de moins de 65 ans
0,29 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
0,63 \$ par adhérent détenant une protection familiale.
- Adhérent de 65 ans ou plus
0,57 \$ par adhérent détenant une protection monoparentale;
2,44 \$ par adhérent détenant une protection familiale.

8.1.3.3 Régime d'assurance vie facultative de l'adhérent

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$

8.1.3.4 Régime d'assurance vie facultative du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, sont de :

Âge	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,022 \$	0,014 \$	0,022 \$	0,014 \$
35 à 39 ans	0,028 \$	0,020 \$	0,028 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,039 \$	0,024 \$	0,039 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,050 \$	0,035 \$	0,050 \$	0,035 \$
50 à 54 ans	0,082 \$	0,056 \$	0,082 \$	0,056 \$
55 à 59 ans	0,139 \$	0,089 \$	0,139 \$	0,089 \$
60 à 64 ans	0,276 \$	0,183 \$	0,276 \$	0,183 \$
65 à 69 ans	0,468 \$	0,356 \$	0,468 \$	0,356 \$
70 à 74 ans	0,911 \$	0,743 \$	0,911 \$	0,743 \$
75 ans ou plus	1,513 \$	1,321 \$	1,513 \$	1,321 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le statut fumeur ou non-fumeur du conjoint.

8.1.3.5 Régime d'assurance maladies redoutées de l'adhérent et du conjoint

Les taux de prime, par 1 000 \$ d'assurance, par assuré, sont de :

Âge	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,060 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,059 \$
50 à 54 ans	0,176 \$	0,095 \$
55 à 59 ans	0,271 \$	0,145 \$
60 à 64 ans	0,450 \$	0,262 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent, mais selon le sexe de la personne à assurer.

8.1.4 Régime optionnel d'assurance vie des retraités

8.1.4.1 Régime d'assurance vie du retraité

Les taux de prime sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,25 \$
55 à 59 ans	0,37 \$
60 à 64 ans	0,67 \$
65 à 69 ans	1,15 \$
70 à 74 ans	2,12 \$
75 ans ou plus	3,64 \$

8.1.4.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge du retraité

Le taux de prime par famille est de 7,62 \$.

8.1.4.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Les taux de prime par famille sont de :

Âge de l'adhérent	Taux mensuels par 10 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	1,88 \$
55 à 59 ans	2,90 \$
60 à 64 ans	5,27 \$
65 à 69 ans	9,30 \$
70 à 74 ans	16,88 \$
75 ans ou plus	29,13 \$

La prime est calculée selon l'âge de l'adhérent.

8.1.5 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

8.1.5.1 Employés

Le taux de prime est égal à 0,794 % du traitement de l'adhérent.


8.1.5.2 Juristes non syndiqués

Le taux de prime est égal à 1,090 % du traitement de l'adhérent.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment attesté et signé par les représentants autorisés à cette fin, et ce, aux dates et lieux ci-après indiqués.

À Québec, le 25^e jour du mois de mars 2021.



Jean-François Chalifoux
Président et chef de la direction


Éric Trudel
Vice-Président exécutif et Leader
Assurance collective

POUR LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Le Preneur du contrat, par l'intermédiaire du représentant dûment autorisé à cette fin, accepte le présent avenant selon les clauses et conditions qui y sont contenues.

À _____ Québec _____ le 26^e jour du mois de _____ janvier _____ 2022



Représentant autorisé

POUR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(L.R.Q., chapitre A-2.1)

CHAPITRE I

APPLICATION ET INTERPRÉTATION

Application de la loi.

1. La présente loi s'applique aux documents détenus par un organisme public dans l'exercice de ses fonctions, que leur conservation soit assurée par l'organisme public ou par un tiers.

Application de la loi.

Elle s'applique quelle que soit la forme de ces documents: écrite, graphique, sonore, visuelle, informatisée ou autre.

1982, c. 30, a. 1.

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(L.R.Q., chapitre A-2.1)

CHAPITRE II

ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS

SECTION I

DROIT D'ACCÈS

Prohibition.

14. Un organisme public ne peut refuser l'accès à un document pour le seul motif que ce document comporte certains renseignements qu'il doit ou peut refuser de communiquer en vertu de la présente loi.

Si une demande porte sur un document comportant de tels renseignements, l'organisme public peut en refuser l'accès si ces renseignements en forment la substance. Dans les autres cas, l'organisme public doit donner accès au document demandé après en avoir extrait uniquement les renseignements auxquels l'accès n'est pas autorisé.

1982, c. 30, a. 14.

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(L.R.Q., chapitre A-2.1)

CHAPITRE II

ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS

SECTION II

RESTRICTIONS AU DROIT D'ACCÈS

§ 3. — *Renseignements ayant des incidences sur l'économie*

Secret industriel d'un tiers.

23. Un organisme public ne peut communiquer le secret industriel d'un tiers ou un renseignement industriel, financier, commercial, scientifique, technique ou syndical de nature confidentielle fourni par un tiers et habituellement traité par un tiers de façon confidentielle, sans son consentement.

1982, c. 30, a. 23.

Renseignement d'un tiers.

24. Un organisme public ne peut communiquer un renseignement fourni par un tiers lorsque sa divulgation risquerait vraisemblablement d'entraver une négociation en vue de la conclusion d'un contrat, de causer une perte à ce tiers, de procurer un avantage appréciable à une autre personne ou de nuire de façon substantielle à la compétitivité de ce tiers, sans son consentement.

1982, c. 30, a. 24.

AVIS DE RECOURS

À la suite d'une décision rendue en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1.

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la loi prévoit qu'une personne dont la demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels peut demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art.137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

Québec

525, boul. René-Lévesque Est
Bureau 2.36
Québec (Québec) G1R 5S9

Téléphone : 418 528-7741
Télécopieur : 418 529-3102

Montréal

500, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 18.200
Montréal (Québec) H2Z 1W7

Téléphone : 514 873-4196
Télécopieur : 514 844-6170

Téléphone sans frais pour les deux bureaux : **1-888-528-7741**
Courrier électronique : cai.communications@cai.gouv.qc.ca

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les trente jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de trente jours (art. 135).