fneeq CSN

Contrat d'assurance collective 001008-001010

Version administrative
au 1er janvier 2026

beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents qui ont été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale. Ce document et son contenu ne peuvent être reproduits, transmis ou communiqués, en tout ou en partie, à un tiers, sans le consentement écrit de La Capitale.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **001008 - 001010**

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

ci-après appelée l'Assureur

Établit le contrat no. 001008 - 001010 (ci-après appelé le contrat) à l'intention des personnes adhérentes rattachées à :

FÉDÉRATION NATIONALE DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS DU QUÉBEC-CSN

ci-après appelée le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonnément 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, y compris le tableau des taux et les Annexes I à IX font partie intégrante du présent contrat tout comme si elles figuraient au-dessus des signatures ci-apposées.

Toute modification apportée au présent contrat doit être acceptée par l'Assureur et le Preneur et faire l'objet d'un avenant signé par les représentants autorisés des deux parties.

Entrée en vigueur : le présent contrat entre en vigueur le 1er janvier 2026.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 1er janvier 2025 et des contrats, contrats refondus, ententes et avenants émis subséquemment. Il ne confère aucun nouveau droit rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à tout événement donnant droit à des prestations demeurent celles en vigueur à la date de cet événement.

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 deux dates de renouvellement.

Date de renouvellement : le 1er janvier 2027 et le 1er janvier de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 1 au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS 1

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE 10

2.1 Admissibilité 10
2.2 Adhésion 11
2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance 18
2.4 Acquisition de la permanence 20
2.5 Changement de protection – Assurance maladie et soins dentaires 21
2.6 Dispositions de transition 22
2.7 Maintien lors de congés 23
2.8 Programme volontaire de réduction du temps de travail (PVRTT) 23
2.9 Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive 24
2.10 Mise en disponibilité 24
2.11 Maintien lors de mise à pied, grève, lock-out ou congédiement 24
2.12 Transportabilité des protections 24

ARTICLE 3 - GARANTIE D'ASSURANCE VIE 25

3.1 Montant d'assurance de base 25
3.2 Assurance maladies graves de la personne adhérente (garantie indissociable de la garantie d'assurance vie de la personne adhérente) 26
3.3 Assurance vie des personnes à charge 33
3.4 Assurance vie additionnelle 34
3.5 Exonération des primes 36
3.6 Prolongation 36
3.7 Droit de transformation 36
3.8 Bénéficiaire 37
3.9 Paiement de l'assurance 37

ARTICLE 4 - GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE 38

4.1 Sommaire des garanties 38
4.2 Frais d'assurance maladie admissibles 45

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

4.3 Assurance voyage 52
4.4 Assurance annulation de voyage 60
4.5 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance maladie 68
4.6 Conditions préexistantes 69
4.7 Demande de prestations 69
4.8 Renseignements 69
4.9 Exonération des primes 69
4.10 Prolongation 70
4.11 Droit de transformation 70
4.12 Terminaison de l'assurance 70

ARTICLE 5 - GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES 72

5.1 Frais admissibles 72
5.2 Sommaire des garanties 72
5.3 Description des frais de prévention 73
5.4 Description des frais de restauration de base 75
5.5 Description des frais d'endodontie, de parodontie, d'ajustement et de réparation de prothèses 77
5.6 Exclusions et réduction de la garantie 81
5.7 Demande de prestations 82
5.8 Coordination des prestations 82
5.9 Renseignements 83
5.10 Renonciation à la responsabilité 83
5.11 Exonération des primes 83
5.12 Terminaison 83

ARTICLE 6 - GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ COURTE DURÉE 85

6.1 Période de prestations 85
6.2 Délai de carence 85
6.3 Montant de prestations 86
6.4 Changement du montant de prestations 86
6.5 Indexation 86
6.6 Exonération des primes 86
6.7 Durée de la protection 87

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

6.8 Intégration 87
6.9 Conditions préexistantes 87
6.10 Services de réadaptation 88
6.11 Programme de réorientation professionnelle 88
6.12 Retour progressif au travail 88
6.13 Prolongation 89
6.14 Exclusions et réduction de la garantie 89
6.15 Preuves d'invalidité 89
6.16 Arbitrage médical 90
6.17 Terminaison 93

ARTICLE 7 - GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE 94

7.1 Période de prestations 94
7.2 Délai de carence 94
7.3 Montant de prestations 94
7.4 Changement du montant de prestations 95
7.5 Indexation 95
7.6 Exonération des primes 96
7.7 Durée de la protection 96
7.8 Intégration 96
7.9 Conditions préexistantes 98
7.10 Services de réadaptation 98
7.11 Programme de réorientation professionnelle 98
7.12 Retour progressif au travail 99
7.13 Prolongation 99
7.14 Exclusions et réduction de la garantie 99
7.15 Preuves d'invalidité 100
7.16 Arbitrage médical 101
7.17 Terminaison 104

ARTICLE 8 - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE - TAUX DE PRIMES 105

8.1 Changement de politique gouvernementale 105
8.2 Paiement des primes 105
8.3 Délai de grâce 105

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

8.4 Taux de primes....105
8.5 Tableau des primes....106

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT OU D'UNE DES GARANTIES....109

ARTICLE 10 - MODIFICATION AU CONTRAT....110

ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES....111

ARTICLE 12 - EFFET DU CONTRAT....113

ANNEXE I PERSONNES ENSEIGNANTES CHARGÉES DE COURS DES CÉGEPS ...114

ANNEXE II PERSONNES ENSEIGNANTES ET PERSONNES CHARGÉES DE COURS DU COLLÈGE LASALLE....116

ANNEXE III PERSONNES TUTRICES DE LA TÉLÉ-UNIVERSITÉ-CSN....117

ANNEXE IV PERSONNES CHARGÉES D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ LAVAL....119

ANNEXE V PERSONNES OU CATÉGORIES DE PERSONNES ACCEPTÉES PAR LE PRENEUR AUX FINS D'ASSURANCE....121

ANNEXE VI PERSONNES ENSEIGNANTES ET PERSONNEL PROFESSIONNEL SYNDIQUÉS FNEEQ – CSN DU COLLEGE TRINITÉ....122

ANNEXE VII PERSONNES ENSEIGNANTES PERMANENTES ET PERSONNES ENSEIGNANTES QUI ONT UN CONTRAT D'ENSEIGNEMENT D'UNE DURÉE D'UN AN ET PLUS – INSTITUT DE TOURISME ET D'HÔTELLERIE DU QUÉBEC....123

ANNEXE VIII PERSONNES ENSEIGNANTES PERMANENTES ET PERSONNES ENSEIGNANTES QUI ONT UN CONTRAT D'ENSEIGNEMENT D'UNE DURÉE D'UN AN ET PLUS – INSTITUT DE TECHNOLOGIE AGROALIMENTAIRE DU QUÉBEC....124

ANNEXE IX PERSONNES ENSEIGNANTES – COLLÈGE UNIVERSEL – CAMPUS DE GATINEAU....125

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

ARTICLE 1 - **DÉFINITIONS**

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

1.1 « **Accident** » : toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause.

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 « **Âge** » : l'âge révolu d'une personne au moment où il est calculé aux fins du contrat, ou au moment où un événement prévu au contrat se produit.

1.4 « **Assisteur** » : Canassistance inc. ou toute autre compagnie d'assistance désignée par l'Assureur.

1.5 « **Associé en affaires** » : la personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de quatre associés ou moins.

1.6 « **Attestation** » : le certificat individuel de participation émis par l'Assureur à l'intention des personnes adhérentes.

1.7 « **Collège** » : un collège d'enseignement général et professionnel institué en vertu de la *Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel*, incluant les maisons d'enseignement privé.

1.8 « **Comité** » : le Comité syndical responsable des régimes d'assurances.

1.9 « **Compagne ou compagnon de voyage** » : la personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

1.10 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en existence immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les personnes employées de l'employeur et leurs personnes à charges, le cas échéant.

1.11 « **Date d'échéance de la prime** » : la date de facturation coïncidant avec le premier jour d'une période de paie.

1.12 « **Date de début de session** » : la date qui représente le premier jour de disponibilité prévu au calendrier scolaire.

1.13 « **Date effective de la retraite** » : date à laquelle une personne adhérente prend sa retraite en vertu des régimes de retraite applicables; mais, si la date de la retraite avec pension s'avère postérieure, cette dernière seulement constitue la date de prise d'effet de la retraite. Le terme « retraite » inclut également la retraite graduelle.

Cependant, dans le cas de la retraite d'une personne adhérente due à l'incapacité d'exercer ses fonctions en raison d'une invalidité, la date de prise d'effet de la retraite est la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date de sa retraite avec pension;
- la date de son 65e anniversaire de naissance.

1.14 « **Défaillance** » : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêche la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui expose cette dernière à subir une perte financière.

1.15 « **Délai de carence** » : une période qui commence au début d'une période d'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

1.16 « **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.

1.17 « **Employeur** » :

- une institution d'enseignement ou connexe à l'enseignement à l'égard de laquelle un regroupement de salariées ou salariés est constitué en syndicat affilié à la FNEEQ-CSN ou agréé par la FNEEQ-CSN aux fins du présent contrat;
- tout employeur accepté par le Preneur.

1.18 « **FNEEQ-CSN** » : La Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec-CSN.

1.19 « **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.

1.20 « **Frais de voyage payés d'avance** » : somme déboursée d'avance par la personne assurée pour :

1.20.1 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;

1.20.2 les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par un fournisseur de services de voyage;

1.20.3 les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

1.21 « **Franchise** » : la partie des dépenses admissibles pour laquelle la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.

1.22 « **Hôpital** » : tout hôpital, y compris un établissement auxiliaire situé au Québec, qui est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* de cette province et des règlements prescrits en vertu de ladite loi, ainsi que les hôpitaux suivants situés hors Québec :

1.22.1 Tout hôpital situé au Canada qui est soit un hôpital fédéral, soit un hôpital titulaire d'un permis d'exploitation, ou agréé comme hôpital par l'organisme public chargé d'accorder ces permis d'exploitation dans le ressort territorial où l'hôpital en cause est situé, ou encore agréé par le ministre des Affaires sociales là où il n'existe pas un tel organisme public chargé d'accorder des permis d'exploitation.

1.22.2 Tout hôpital situé à l'étranger où le ministre des Affaires sociales autorise les versements de sommes en règlement des soins donnés dans ledit hôpital, et ce, en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

Le terme « hôpital » n'englobe ni les hôpitaux antituberculeux, ni les sanatoriums, ni les hôpitaux pour malades mentaux, ni les maisons de repos, ni les maisons de retraite, ni les dispensaires ou autres établissements dont le but est de dispenser des soins de surveillance.

1.23 « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre d'hôpital, à titre de patient alité admis.

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

1.25 « **Invalidité ou invalide** » :

1.25.1 Pour une invalidité ayant débuté avant le 1er juillet 1991

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité longue durée et les cinq ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier et, après cette période, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; toutefois, pour une invalidité ayant débuté avant le 1er janvier 1990, les mots « cinq ans » ci-dessus sont remplacés par « 24 mois ».

1.25.2 Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1er juillet 1991 mais avant le 1er juillet 1995

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité longue durée et les cinq ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier; après cette période et jusqu'à l'âge de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; à partir de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

1.25.3 Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1er juillet 1995 mais avant le 1e janvier 2008

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité longue durée et les cinq ans qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier; après cette période et jusqu'à l'âge de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; à partir de 60 ans, empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

1.25.4 Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1er janvier 2008

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

Les soins médicaux ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, et qu'elle peut être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

1.26 « **Maladie** » : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant.

1.27 « **Médecin** » : un médecin ou un chirurgien ou un docteur en médecine qui est légalement autorisé à pratiquer la médecine selon les règlements qui gouvernent la pratique de la médecine là où les services prévus par ce contrat sont dispensés.

1.28 « **Période de facturation** » : la période correspondant à une période de paie de 14 jours consécutifs.

1.29 « **Période de rémission** » : une période au cours de laquelle une personne adhérente qui était invalide cesse de l'être.

1.30 « **Période d'invalidité** » :

Pour les 24 premiers mois d'invalidité :

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de huit jours (1) de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

(1) lire « 32 jours » de travail si la période d'invalidité est supérieure à trois mois

Par la suite :

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 180 jours de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

1.31 « **Personne à charge** » : la personne conjointe ou l'enfant à charge d'une personne adhérente tel que défini ci-après.

1.31.1 Personne conjointe : l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

i) est mariée ou unie civilement à la personne adhérente; ou

ii) n'est pas mariée ni unie civilement et vit maritalement avec une personne adhérente, non mariée ni unie civilement, depuis un an ou depuis moins d'un an si elle est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente; ou

iii) n'est pas mariée ni unie civilement et vit maritalement avec une personne adhérente non mariée ni unie civilement et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente 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 personne conjointe :

- un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et la personne conjointe 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.

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

i) une personne âgée de moins de 21 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce l'autorité parentale, y compris un enfant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises;

ii) une personne, sans personne conjointe, 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 la personne adhérente ou sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

iii) une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans personne conjointe, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle répondait à l'un des deux paragraphes précédents.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de la personne adhérente ou sa personne conjointe 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 du Québec.

1.32 « **Personne adhérente** » : une personne employée qui est admise à l'assurance.

1.33 « **Personne assurée** » : une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée en vertu du contrat.

1.34 « **Personne employée** » :

- toute personne engagée par l'employeur à temps complet et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN et couvert par le présent contrat;

- toute personne engagée par l'employeur à temps partiel pour un contrat minimal de 33 % d'une tâche et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN et couvert par le présent contrat. Au niveau collégial, le pourcentage de tâche est établi au début de chaque session alors qu'aux niveaux primaire et secondaire, ce pourcentage est établi au 1er et au 101e jour de l'année scolaire;

- toute personne ou catégorie de personnes acceptée par le Preneur apparaissant aux Annexes I à IX.

1.35 « **Preneur** » : Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ-CSN).

1.36 « **Proche parent** » : par proche parent on entend la personne conjointe, les enfants, le père, la mère, le frère ou la sœur, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, la belle-fille, les grands-parents et les petits enfants de la personne assurée.

1.37 « **Professeur** » : toute personne engagée par l'employeur pour dispenser de l'enseignement, y compris tout répartiteur d'une école de pilotage.

1.38 « **Professeur à temps complet** » : professeur engagé par l'employeur détenant un contrat à temps complet conformément à la convention collective.

1.39 « **Professeur à temps partiel** » : professeur engagé par l'employeur détenant un contrat à temps partiel conformément à la convention collective.

1.40 « **Régime général d'assurance médicaments** » : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

1.41 « **Soins assurés à titre de malade hospitalisé** » : les soins qu'une personne assurée a le droit de recevoir gratuitement en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* du Québec ou qui sont couverts aux termes de ladite loi.

1.42 « **Traitement ou salaire** » : le traitement ou salaire d'une personne adhérente au cours d'une année moins les bonis, les paiements pour le temps supplémentaire, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement ou tout paiement forfaitaire. Toutefois, les gains additionnels, comme le temps supplémentaire et les autres primes, sont considérés dans le calcul du traitement ou du salaire lorsqu'ils font partie de la rémunération régulière de la personne adhérente.

De plus, le paiement forfaitaire prévu à la convention collective conclue entre la F.P.P.S.C.Q. et le C.P.N.C. est également considéré comme faisant partie du traitement ou salaire. Le salaire inclut une somme versée par le collège à une personne enseignante à titre de responsable d'une équipe sportive.

Pour une personne employée admissible selon l'article 2.1.7, le salaire de la personne adhérente est celui qui a servi ou aurait servi au calcul de sa prestation d'assurance invalidité longue durée si elle n'avait pas été réadaptée.

1.43 « **Traitement ou salaire net** » : Le traitement ou le salaire d'une personne adhérente, moins la sommes des montants suivants :

a) Pour une personne adhérente devenue invalide avant le 1er janvier 2025 :

- Les cotisations à la Régie des rentes du Québec;
- Les cotisations à Emploi et Développement social Canada (assurance-emploi);
- Les cotisations au Régime québécois d'assurance parentale;
- Les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.
- La prime d'assurance maladie en vertu du présent contrat selon la protection détenue au début du versement des prestations d'assurance invalidité de longue durée.

b) Pour une personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2025 ou après :

- Les cotisations à la Régie des rentes du Québec;
- Les cotisations à Emploi et Développement social Canada (assurance-emploi);
- Les cotisations au Régime québécois d'assurance parentale;
- Les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.

1.44 « **Voyage** » : Un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel. Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière.

Tout autre type de voyage, **incluant un voyage au cours duquel une personne enseignante accompagne des étudiants dans le cadre de ses fonctions,** n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de la personne assurée de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de la personne assurée doit comporter un séjour d'au moins une nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

ARTICLE 2 - **CONDITIONS D'ASSURANCE**

2.1 **Admissibilité**

2.1.1 Toute personne engagée par l'employeur ou acceptée par le Preneur est admissible à compter de la date de son entrée au service de l'employeur. Des dispositions particulières s'appliquent toutefois à des personnes ou catégories de personnes acceptées par le Preneur et apparaissant aux Annexes I à IX jointes au présent contrat.

Toute personne enseignante engagée pour un contrat d'au moins 33 % d'une tâche entre le début de la session d'automne et le 15 septembre sera admissible à l'assurance à compter de la date d'effet du contrat. Pour les personnes enseignantes des niveaux primaire et secondaire, ce pourcentage minimal sera établi entre le début de l'année scolaire et le 15 septembre.

Toute personne enseignante engagée pour un contrat d'au moins 33 % d'une tâche entre le début de la session d'hiver et le 15 février sera admissible à l'assurance à compter de la date d'effet du contrat. Pour les personnes enseignantes des niveaux primaire et secondaire, ce pourcentage minimal sera établi entre le 101e jour de l'année scolaire et le 15 février.

Toutefois, une personne qui ne détient pas un emploi permanent est admissible à la garantie d'assurance invalidité longue durée, sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.2.5.

Enfin, toute personne nouvellement employée qui est déjà reconnue invalide par un régime privé ou public (notamment : RRQ, SAAQ, CSST, IVAC ou autres) ou qui a fait l'objet d'une entente à l'amiable concernant une demande d'invalidité ou qui reçoit une rente de retraite n'est pas admissible aux garanties d'assurance invalidité courte et longue durée.

2.1.2 Les personnes à charge d'une personne employée deviennent admissibles à l'assurance à la date à laquelle ladite personne employée devient admissible. Si des personnes deviennent à la charge d'une personne adhérente après la date à laquelle elle est devenue admissible, chacune de ces personnes à charge devient admissible à la date à laquelle elle rencontre les exigences de la définition de « Personne à charge ».

2.1.3 Les personne employées du secteur public ne sont pas admissibles à la garantie d'assurance invalidité courte durée.

2.1.4 Les personnes employées devenues permanentes avant le 15 août 2001 qui n'ont pas adhéré à la garantie d'assurance invalidité longue durée au 31 octobre 2001 ne sont pas admissibles à la garantie d'assurance invalidité longue durée.

2.1.5 Les personnes employées sont admissibles à la garantie d'assurance vie additionnelle si elles sont assurées en vertu de la garantie d'assurance vie de base pour un montant de deux fois le salaire annuel.

2.1.6 La personne conjointe d'une personne employée est admissible à la garantie d'assurance vie additionnelle si elle est âgée de moins de 65 ans et est assurée en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge.

2.1.7 Toute personne employée invalide, réadaptée dans un emploi ne comportant pas de protection d'assurance similaire aux protections qu'elle détenait, demeure assurée aux garanties qu'elle ne pourrait autrement conserver, et ce, pour une période maximale de cinq ans à compter de la date de terminaison de son invalidité. Aux fins de l'interprétation du présent article, une personne employée du secteur public est considérée comme étant assurée pour une protection d'assurance invalidité courte durée.

2.1.8 Toute personne enseignante retraitée qui est assurée en vertu du contrat offert par l'AREF et qui est réembauchée à titre de personne employée redevient admissible au présent contrat, et ce, pour les garanties suivantes :

- Assurance maladie obligatoire
- Assurance soins dentaires
- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance invalidité de longue durée; toutefois la personne enseignante retraitée qui est réembauchée à titre de personne employée et qui reçoit une rente de retraite provenant du RREGOP n'est pas admissible à cette garantie.

Les conditions d'assurance ainsi que l'ensemble des modalités applicables aux garanties d'assurance auxquelles cette personne employée est admissible sont celles qui sont prévues au présent contrat.

2.2 Adhésion

2.2.1 Garantie d'assurance maladie

L'adhésion au module A (protection de base), B (protection régulière) ou C (protection enrichie) de la garantie d'assurance maladie est obligatoire pour toute personne employée qui satisfait aux conditions d'admissibilité et pour ses personnes à charge le cas échéant.

L'adhésion à cette garantie peut entraîner une période minimale de participation, tel que prévu à l'article 2.5 « Changement de protection – Assurance maladie et soins dentaires ».

a) Demande d'adhésion

Toute personne employée admissible doit remplir une demande d'adhésion, pour elle-même et ses personnes à charge, dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande est soumise plus de 30 jours après cette date, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'Assureur.

Les mêmes dispositions s'appliquent lors d'un changement de situation familiale de la personne adhérente qui n'avait pas de personnes à charge au moment où elle est devenue admissible. La personne adhérente doit alors remplir un nouveau formulaire d'adhésion pour ses personnes à charge dans les 30 jours suivant la date à laquelle elles deviennent admissibles.

b) Exemption et fin d'exemption.

Une personne employée ou une personne adhérente, de même que ses personnes à charge, peuvent toutefois, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à la garantie d'assurance maladie à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires. Elles doivent présenter leur demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle elles deviennent couvertes par l'autre régime collectif pour que l'exemption entre en vigueur à compter de cette date. Si la demande est soumise après le délai de 30 jours, l'exemption entre en vigueur à la date de sa réception par l'Assureur.

Toutefois, si la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective prend fin, la personne employée ou la personne adhérente et ses personnes à charge doivent alors adhérer à la garantie d'assurance maladie du présent contrat, ou reprendre leur participation à cette garantie, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle elles ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif. La personne employée ou la personne adhérente et ses personnes à charge doivent également établir qu'il leur est devenu impossible de continuer d'être assurées par l'autre contrat collectif ayant permis le droit d'exemption. Les dispositions prévues lors de l'adhésion initiale s'appliquent alors à nouveau.

Enfin, lors de l'obtention de sa permanence, la personne employée ou la personne adhérente qui a refusé d'adhérer ou cessé de participer à la garantie d'assurance maladie peut choisir d'y adhérer ou de reprendre sa participation, même si elle demeure admissible à un autre contrat d'assurance collective. Elle doit alors faire parvenir sa demande à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date d'obtention de sa permanence, pourvu qu'elle soit effectivement au travail à cette date.

c) Dispositions applicables aux personnes adhérentes de 65 ans ou plus

La personne adhérente de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance-médicaments. Si la personne adhérente désire assurer lesdits médicaments, elle doit signifier son intention auprès de l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date à laquelle elle atteint 65 ans. Dans un tel cas, la personne adhérente doit payer la prime additionnelle stipulée dans le tableau des primes à la fin du contrat. La prime additionnelle devient payable lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, selon le plan de protection détenu à ce moment.

2.2.2 Garantie d'assurance soins dentaires

L'adhésion à la protection de base (option 1) ou enrichie (option 2) de la garantie d'assurance soins dentaires est facultative pour toute personne employée qui satisfait aux conditions d'admissibilité et pour ses personnes à charge.

De plus, le plan de protection (individuel, monoparental ou familial) de la garantie d'assurance soins dentaires doit être identique à celui détenu pour la garantie d'assurance maladie. Une personne employée peut cependant adhérer à la garantie d'assurance soins dentaires même si elle a exercé son droit d'exemption à l'égard de la garantie d'assurance maladie.

L'adhésion à la garantie d'assurance soins dentaires entraîne une période minimale de participation de 36 mois, sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.5 « Changement de protection – Assurance maladie et soins dentaires ».

a) Demande d'adhésion

La personne employée admissible doit remplir une demande d'adhésion, pour elle-même et ses personnes à charge, dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Sinon, les dispositions prévues à l'article 2.5 « Changement de protection – Assurance maladie et soins dentaires » s'appliquent.

b) Exemption et fin d'exemption

Une personne employée ou une personne adhérente, de même que ses personnes à charge, peuvent toutefois, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à la garantie d'assurance soins dentaires à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires. Elles doivent présenter leur demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle elles deviennent couvertes par l'autre régime collectif pour que l'exemption entre en vigueur à compter de cette date. Si la demande est soumise après le délai de 30 jours, l'exemption entre en vigueur à la date de sa réception par l'Assureur.

Toutefois, si la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective prend fin, la personne employée ou la personne adhérente et ses personnes à charge peuvent alors adhérer à la garantie d'assurance soins dentaires du présent contrat, ou reprendre leur participation à cette garantie, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle elles ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif. La personne employée ou la personne adhérente et ses personnes à charge doivent établir qu'il leur est devenu impossible de continuer d'être assurées par l'autre contrat collectif ayant permis le droit d'exemption. Les dispositions prévues lors de l'adhésion initiale s'appliquent alors à nouveau.

2.2.3 Garanties d'assurance vie et d'assurance maladies graves de la personne adhérente, garantie d'assurance vie des personnes à charge et garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

L'adhésion est facultative pour la personne employée qui satisfait aux conditions d'admissibilité.

La personne employée qui désire adhérer aux garanties d'assurance vie de base doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande est remplie après l'expiration de cette période de 30 jours, la personne doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Cependant, la personne adhérente peut adhérer à la garantie d'assurance vie sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant l'adoption ou la naissance d'un premier enfant ou la date à laquelle la personne adhérente prend une personne conjointe, telle que définie au présent contrat.

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente entraîne automatiquement l'adhésion à la garantie d'assurance maladies graves de la personne adhérente, la participation à ces deux garanties étant indissociable.

La personne employée qui désire adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle, pour elle-même et pour sa personne conjointe, doit obligatoirement participer à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et, pour la personne conjointe, à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge, le cas échéant.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont également toujours requises pour la personne employée ou la personne conjointe lors de l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

2.2.4 Garantie d'assurance invalidité de courte durée

L'adhésion est obligatoire pour les personnes employées du secteur privé, ainsi que pour toutes les personnes ou catégories de personnes acceptées par le Preneur visées par les Annexes I à IX, qui satisfont aux conditions d'admissibilité.

a) Demande d'adhésion

La personne employée admissible doit remplir une demande d'adhésion pour elle-même dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande est soumise plus de 30 jours après cette date, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'Assureur.

b) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de courte durée

Les personnes employées qui deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de courte durée peuvent, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie, à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires.

Les personnes visées par l'Annexe I peuvent aussi refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie à la condition qu'elles attestent qu'elles n'accepteront aucune charge de cours pour une période de six mois durant l'année civile assurable.

Toutefois, si la protection en vertu du contrat collectif d'assurance prend fin, ou lorsque les personnes visées par l'Annexe I obtiennent une charge totale de 1 durant une année scolaire, ces personnes employées ou ces personnes adhérentes doivent, à l'exception des personnes employées non permanentes, pour lesquelles la participation est facultative, adhérer à la garantie d'assurance invalidité de courte durée du présente contrat, ou reprendre leur participation à cette garantie, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle elles ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif. Les dispositions prévues lors de l'adhésion initiale s'appliquent alors à nouveau.

2.2.5 Garantie d'assurance invalidité de longue durée

a) Personnes employées permanentes

Sous réserve des dispositions relatives au droit de renonciation à la garantie d'assurance invalidité de longue durée, l'adhésion est obligatoire dès qu'une personne enseignante acquiert sa permanence. La personne employée permanente doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande est soumise plus de 30 jours après cette date, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'Assureur.

Toutefois, toute personne adhérente qui est devenue permanente le 15 août 2001 ou avant, n'est pas admissible à la garantie d'assurance invalidité de longue durée si elle n'y a pas adhéré ou si elle y a mis fin durant la campagne d'adhésion de l'automne 2001.

b) Personnes employées non permanentes

L'adhésion est facultative pour ces personnes. Lors de l'obtention des trois premiers contrats d'au moins 33 % d'une tâche, une personne employée non permanente peut adhérer sans preuves d'assurabilité à cette garantie pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours de la date à laquelle elle devient admissible. Si la demande est remplie après l'expiration de cette période de 30 jours, elle doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur devront être fournies aux frais de la personne adhérente lors des contrats subséquents.

Cette disposition ne s'applique pas aux personnes employées dont la demande d'adhésion à cette garantie a été rejetée à la suite de l'analyse des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

Toutefois, sous réserve des dispositions relatives au droit de renonciation à la garantie d'assurance invalidité de longue durée, l'adhésion devient obligatoire pour toute personne enseignante dans un collège à la date de début du contrat suivant l'atteinte de trois ans d'ancienneté à partir du premier contrat admissible, le tout selon la liste d'ancienneté officielle.

Des dispositions particulières s'appliquent à des personnes ou catégories de personnes acceptées par le Preneur et apparaissant aux Annexes I à IX.

c) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de longue durée

Les personnes employées qui deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de longue durée peuvent, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires.

Les personnes employées visées par l'Annexe I peuvent aussi refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie à la condition qu'elles attestent qu'elles n'accepteront aucune charge de cours pour une période de six mois durant l'année civile assurable.

Toutefois, si la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective prend fin, ou lorsque les personnes visées par l'Annexe I obtiennent une charge totale de 1 durant une année scolaire, ces personnes employées ou ces personnes adhérentes doivent, à l'exception des personnes employées non permanentes, pour lesquelles la participation est facultative, adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée du présent contrat, ou reprendre leur participation à cette garantie, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle elles ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif. Les dispositions prévues lors de l'adhésion initiale s'appliquent alors à nouveau.

d) Droit de renonciation à la garantie d'assurance invalidité de longue durée

Toute personne employée peut exercer son droit de renonciation à la garantie d'assurance invalidité de longue durée dans les 2 ans précédant la date à laquelle elle devient admissible à la rente de retraite de l'employeur sans réduction. Pour les personnes employées visées par les Annexes III et IV, ce droit de renonciation peut être exercé à compter de leur 58e anniversaire de naissance ou à la date à laquelle elles cumulent 33 années de service.

Le formulaire prévu à cet effet doit être rempli et acheminé à l'employeur. L'exercice du droit de renonciation est alors irrévocable, et ce, tant que la personne employée conserve le statut d'emploi en vertu duquel elle a pu exercer ce droit.

La protection en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée se termine à la date correspondant au début de la première période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date de réception de la demande de renonciation par l'Assureur.

2.2.6 Plan de protection

Lors de l'adhésion, la personne employée doit choisir un des plans de protection disponibles en vertu du présent contrat pour les garanties d'assurance maladie et de soins dentaires, le cas échéant, en fonction de sa situation familiale à ce moment. Les différents plans de protection possibles sont les suivants :

a)	Protection individuelle	Personne adhérente seule
b)	Protection monoparentale	Personne adhérente avec enfants à charge, mais sans personne conjointe
c)	Protection familiale	Personne adhérente avec personne conjointe et enfants à charge, s'il y a lieu

2.2.7 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Lors du décès de la personne adhérente, les personnes à charge demeurent assurées en vertu des garanties d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires, sans paiement de prime, pour une période de 90 jours suivant la date du décès. De plus, elles peuvent demeurer assurées pour l'ensemble des garanties d'assurance vie qui étaient détenues par la personne adhérente pour ses personnes à charge, si elles avisent l'Assureur de leur intention dans les 90 jours suivant la date du décès.

2.2.8 Réengagement ou changement d'employeur

La personne employée non permanente qui obtient un nouveau contrat d'enseignement dans les 12 mois suivant la date de fin de son assurance en vertu du contrat précédent doit reprendre, si elle est admissible, les niveaux de garantie qu'elle détenait en assurance maladie et en assurance soins dentaires si les périodes minimales de participation n'avaient pas été atteintes.

Une personne employée non permanente qui est sur la liste de priorité d'emploi reprend lors de son réengagement chez le même employeur, pourvu qu'elle soit admissible, les garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité détenues au moment où son contrat a pris fin, et ce, sans preuves d'assurabilité.

Lorsqu'une personne employée est engagée aux termes d'une session par un autre collège pour la session suivante, elle conserve les garanties qu'elle détenait au collège précédent. Toutefois, les personnes employées du nouveau collège doivent être admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat.

2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

2.3.1 D'une personne employée

2.3.1.1 L'assurance vie prend effet à la dernière des dates suivantes :

a) La date à laquelle elle devient admissible pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours suivant cette date, et sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.4;

b) La date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.

2.3.1.2 L'assurance invalidité de longue durée prend effet à la dernière des dates suivantes :

a) Pour une personne employée non permanente

- La date à laquelle elle devient admissible pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours suivant cette date, et sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.4;
- La date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.

b) Pour une personne employée permanente

- La date à laquelle elle devient admissible pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours suivant cette date.

2.3.1.3 L'assurance maladie prend effet à la date à laquelle la personne employée devient admissible. Cependant, l'assurance d'une personne employée qui s'est prévalue de son droit d'exemption prend effet le premier jour suivant la cessation de son assurance antérieure.

2.3.1.4 L'assurance soins dentaires prend effet à la date à laquelle la personne employée devient admissible pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours suivant cette date.

2.3.1.5 L'assurance invalidité courte durée de la personne employée du secteur privé ou universitaire prend effet à la date où elle devient admissible.

Des dispositions particulières s'appliquent à des personnes ou catégories de personnes acceptées par le Preneur et apparaissant aux Annexes I à IX.

2.3.2 D'une personne à charge

2.3.2.1 L'assurance vie prend effet à la dernière des dates suivantes :

a) La date à laquelle la personne à charge devient admissible, pourvu que la demande d'adhésion soit transmise à l'Assureur dans les 30 jours suivant cette date;

b) La date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.

2.3.2.2 L'assurance maladie prend effet à la dernière des dates suivantes :

a) La date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente;

b) La date à laquelle la personne à charge devient admissible;

c) Le jour suivant la fin de l'assurance en vertu d'un autre contrat lui ayant permis d'exercer son droit d'exemption.

Toutefois, l'Assureur doit recevoir le formulaire d'adhésion ou de fin d'exemption dans les 30 jours. Sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de ce formulaire.

2.3.2.3 L'assurance soins dentaires prend effet à la dernière des dates suivantes :

a) La date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente;

b) La date à laquelle la personne à charge devient admissible;

c) Le jour suivant la fin de l'assurance en vertu d'un autre contrat.

Toutefois, l'Assureur doit recevoir le formulaire d'adhésion dans les 30 jours. Sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de ce formulaire.

2.4 Acquisition de la permanence

Dans les 30 jours suivant la date de confirmation écrite de l'acquisition de sa permanence, une personne employée peut exercer les options suivantes :

a) adhérer à l'assurance vie de base sans preuves d'assurabilité;

b) adhérer à l'assurance soins dentaires;

c) terminer l'exemption en assurance maladie, s'il y a lieu;

d) assurer ses personnes à charge selon les mêmes règles que si elle était une nouvelle personne employée.

De plus, la personne employée doit obligatoirement adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée.

La personne employée doit être effectivement au travail à ce moment afin d'adhérer à toute garantie d'assurance. Autrement, elle ne pourra adhérer que dans les 30 jours suivant la date de son retour au travail.

L'assurance invalidité de longue durée entre en vigueur rétroactivement à la date de début de session alors que les autres garanties sélectionnées entrent en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande d'adhésion si cette dernière a été transmise dans les 30 jours suivant la confirmation de la permanence.

Si la demande est soumise après ce délai, la garantie d'assurance maladie et la garantie d'assurance soins dentaires, le cas échant, entrent en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande. Pour l'assurance vie, la personne employée devra soumettre des preuves d'assurabilité et l'assurance entrera en vigueur à la date d'acceptation des preuves par l'Assureur.

2.5 Changement de protection – Assurance maladie et soins dentaires

Tout changement de protection entraîne le début d'une nouvelle période minimale de participation de 36 mois. Cependant, lors d'un changement de plan de protection (individuel, familial, ou monoparental) dans la même garantie, la période minimale de participation de 36 mois en cours se poursuit.

2.5.1 Augmentation

Une personne adhérente peut faire des changements de protection à la hausse en tout temps, selon l'une des options suivantes :

a) Assurance maladie

- passer de la protection de base (module A) à la protection régulière (module B);
- passer de la protection de base (module A) à la protection enrichie (module C);
- passer de la protection régulière (module B) à la protection enrichie (module C).

b) Assurance soins dentaires

- passer de l'option 1 à l'option 2.

2.5.2 Diminution

Une personne adhérente peut faire des changements de protection à la baisse suivant une période minimale de participation de 36 mois consécutifs, selon l'une des options suivantes :

a) Assurance maladie

- passer de la protection enrichie (module C) à la protection régulière (module B);
- passer de la protection enrichie (module C) à la protection de base (module A);
- passer de la protection régulière (module B) à la protection de base (module A).

b) Assurance soins dentaires

- passer de l'option 2 à l'option 1 ou mettre fin à la garantie.

2.5.3 Événements de vie

Une personne adhérente peut changer de protection à la hausse ou à la baisse lors d'un des événements suivants :

- l'acquisition de la permanence;
- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- un mariage ou l'équivalent;
- une séparation ou un divorce;
- le décès de la personne conjointe ou d'un enfant.

Toutefois, aucun de ces événements ne permet à la personne adhérente de mettre fin à sa participation à la garantie d'assurance soins dentaires.

La personne adhérente dispose d'une période de 30 jours à compter de la date de l'événement pour modifier sa protection. Les règles de participation minimale de 36 mois ne s'appliquent pas. La personne adhérente est libre de choisir les garanties qu'elle désire, selon sa nouvelle situation, comme s'il s'agissait d'une adhésion initiale.

La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement si la personne adhérente a soumis une demande de changement dans les 30 jours suivant la date de l'événement. Sinon, la garantie d'assurance maladie et la garantie d'assurance soins dentaires, le cas échant, entrent en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande.

2.6 Dispositions de transition

2.6.1 Pour toute personne adhérente assurée seule 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*, la personne adhérente et ses personnes à charge, le cas échéant, ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, que la personne adhérente 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 la personne adhérente 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 la personne adhérente appartient à une catégorie de personnes adhérentes couvertes par le présent contrat.

2.6.2 Dans le cas d'une personne adhérente qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, n'était pas assurée en vertu de ce contrat, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourrait être dû par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, de transformation ou autrement.

2.7 Maintien lors de congés

Sous réserve des dispositions de la convention collective, une personne adhérente qui bénéficie d'un congé demeure assurée pour les garanties d'assurance maladie et d'assurance invalidité en payant la prime totale. Une telle personne adhérente peut également choisir de maintenir en vigueur, au début du congé, l'ensemble des garanties en payant la prime totale. Le paiement de la prime totale par la personne adhérente doit également comprendre la partie de l'employeur, sauf lors d'un retrait préventif ou d'un congé de maternité, de paternité ou parental, où l'employeur maintien le paiement de sa part.

Le montant d'assurance vie, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base de la personne adhérente au moment de son départ. Aucune rente en cas d'invalidité ne sera versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans solde.

Si la personne adhérente n'a pas maintenu toutes ses garanties en vigueur, celle-ci n'aura droit de reprendre les garanties qu'elle détenait au début de son congé que lors de son retour au travail actif. La remise en vigueur des garanties s'effectuera sans preuves d'assurabilité si la personne adhérente fait sa demande dans les 30 jours de son retour au travail actif.

2.8 Programme volontaire de réduction du temps de travail (PVRTT)

L'assurance d'une personne adhérente qui participe à un programme volontaire de réduction du temps de travail, demeure en vigueur pour toutes les garanties.

Le montant d'assurance vie, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente aurait reçu si elle n'avait pas participé à un tel programme.

La date de début de l'invalidité de la personne adhérente qui survient pendant la participation au PVRTT est la même que celle déterminée pour l'application des dispositions prévues à la convention collective concernant l'assurance-traitement.

2.9 Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive

L'assurance d'une personne adhérente qui participe à un programme de congé à traitement différé ou anticipé, ou à un programme de retraite progressive, demeure en vigueur pour toutes les garanties.

Le montant d'assurance vie, le montant de la rente en cas d'invalidité et le montant de la prime pour ces assurances sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente aurait reçu si elle n'avait pas participé à un tel programme.

Toute invalidité survenue pendant un tel congé est présumée débuter à la même date que celle visée par l'application de la convention collective pour déterminer la période d'assurance traitement.

2.10 Mise en disponibilité

Une personne adhérente mise en disponibilité conformément à sa convention collective ou à des dispositions en tenant lieu par la loi, demeure assurée, avec paiement de primes, pour les garanties d'assurance maladie et d'assurance invalidité. Une telle personne adhérente peut également maintenir, au début du congé, l'ensemble de ses garanties en vigueur. Dans tous les cas, la prime totale requise doit être acquittée.

Le montant de protection auquel elle a droit est fonction du salaire qu'elle recevrait si elle n'avait pas été mise en disponibilité; cependant, la personne adhérente peut, en avisant par écrit son employeur dans les 30 jours de sa mise en disponibilité, réduire le montant de protection selon son salaire réduit à la suite de sa mise en disponibilité. Aucune autre demande n'est acceptée.

2.11 Maintien lors de mise à pied, grève, lock-out ou congédiement

Lorsqu'une personne adhérente cesse temporairement d'être au travail par suite d'une mise à pied, grève ou lock-out, l'assurance demeure en vigueur pourvu que les primes régulières continuent d'être versées. Le congédiement d'une personne adhérente contesté par grief ou judiciairement est considéré aux fins de l'assurance comme une mise à pied temporaire se terminant à la date du jugement final de l'affaire en cause.

2.12 Transportabilité des protections

Lorsqu'une personne adhérente est relocalisée dans un autre collège à la suite de sa mise en disponibilité, elle peut adhérer, sans fournir de preuves d'assurabilité, aux mêmes protections qu'elle détenait chez l'employeur précédent peu importe l'affiliation syndicale, pourvu qu'elles soient disponibles.

Une personne bénéficiant d'un échange inter-collèges conserve ses protections d'assurance et paie les primes à son collège d'origine tant que l'échange demeure temporaire. Lorsqu'un échange devient permanent, la personne adhère aux protections d'assurance auprès du collège d'accueil.

ARTICLE 3 - **GARANTIE D'ASSURANCE VIE**

3.1 Montant d'assurance de base

3.1.1 Le montant d'assurance de base payable au décès de la personne adhérente est le suivant :

a) Personne adhérente de moins de 65 ans (au choix de la personne adhérente)

- Une fois le salaire annuel arrondi aux 500 $ les plus près, si le décès survient avant le 65e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite, si cette date est antérieure. Le montant d'assurance de base minimal est de 75 000 $;

- Deux fois le salaire annuel arrondi aux 500 $ les plus près, si le décès survient avant le 65e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite, si cette date est antérieure. Le montant d'assurance de base minimal est de 75 000 $.

b) Personne adhérente de 65 à 69 ans

- 50 % du montant d'assurance vie que la personne adhérente aurait détenu, selon le choix effectué avant l'âge de 65 ans.

c) Personne adhérente de 70 ans ou plus

- 10 000 $ si le décès a lieu au 70e anniversaire de naissance ou après, mais avant la date de la retraite.

Suivant cette réduction du montant d'assurance, la différence entre le montant d'assurance vie de base que la personne adhérente détenait immédiatement avant son 70e anniversaire de naissance et le nouveau montant de 10 000 $ sera automatiquement transformée en assurance vie additionnelle de la personne adhérente, le tout sans preuves d'assurabilité et jusqu'à concurrence de 1 à 2 tranches de 25 000 $. Le reste des dispositions relatives à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente s'appliquent.

3.1.2 Changement dans le montant d'assurance de base

Si le salaire d'une personne adhérente est modifié, y compris dans le cas d'une affectation temporaire, le changement dans le montant d'assurance vie entre en vigueur au plus tard le jour de prise d'effet du changement de salaire ou, si postérieur, le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur.

Dans le cas d'une personne adhérente invalide, aucune modification ne sera effectuée après une période d'invalidité de 24 mois à laquelle s'ajoute l'épuisement de la réserve de congés de maladie, le cas échéant.

3.1.3 Terminaison

Sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes », 3.6 « Prolongation » et 3.7 « Droit de transformation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

3.1.3.1 La date de l'annulation du présent contrat ou de la garantie.

3.1.3.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre, dont le contrat d'assurance relève du Preneur n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Une personne employée non permanente au sens de la convention collective est présumée en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'elle n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat

3.1.3.3 La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.

3.1.3.4 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.

3.1.3.5 La date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

3.1.3.6 La fin de la période de cinq ans qui suit la fin de son invalidité pour une personne employée admissible selon l'article 2.1.7.

3.2 Assurance maladies graves de la personne adhérente (garantie indissociable de la garantie d'assurance vie de la personne adhérente)

3.2.1 Protection

Lorsqu'une personne adhérente subit une intervention chirurgicale ou reçoit un diagnostic de maladie grave pour la première fois, l'Assureur s'engage à payer le pourcentage du montant d'assurance indiqué pour chacune des maladies ou des interventions couvertes en vertu de la présente garantie.

Pour être admissible aux prestations, la personne adhérente doit être assurée par la présente garantie à la date de l'intervention chirurgicale ou du diagnostic de la maladie et doit survivre pendant une période minimale de 30 jours suivant cette date, pourvu que le diagnostic demeure inchangé au cours de cette période. Toutefois, lorsque la maladie ou l'intervention chirurgicale découle directement d'un accident, la date de l'accident constitue la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale.

3.2.2 Montant d'assurance

Le montant d'assurance applicable est de 25 000 $.

Le montant maximal payable pour l'ensemble des interventions chirurgicales et des maladies pour lequel la personne adhérente soumet une demande de prestations est limité à 100 % du montant d'assurance à vie.

3.2.3 Maladies et interventions chirurgicales couvertes

a) Sclérose en plaques – 100 % du montant d'assurance

Diagnostic non équivoque d'au moins deux épisodes d'anomalies neurologiques bien définies, dont un épisode ayant persisté durant une période minimale de 6 mois consécutifs. Le diagnostic doit être posé par un neurologue et confirmé par imagerie médicale.

b) Dystrophie musculaire – 100 % du montant d'assurance

Affection héréditaire dégénérative progressive des muscles striés dont le diagnostic non équivoque et final a été posé par un médecin dûment qualifié. L'atteinte doit être sévère au point que la personne adhérente ne peut vaquer, comme l'aurait fait une personne de son âge, à ses activités de la vie quotidienne pour une période minimale de six mois consécutifs. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.

c) Paralysie – 100 % du montant d'assurance

Abolition d'origine neurologique de la motricité d'au moins deux membres entraînant la perte totale et permanente de l'usage de ces membres. La paralysie doit avoir persisté durant une période minimale de 180 jours consécutifs depuis la date de l'accident ou de la maladie à l'origine de la paralysie, sans aucun signe d'amélioration durant cette même période.

d) Maladie d'Alzheimer – 100 % du montant d'assurance

Maladie neurodégénérative progressive diagnostiquée par un neurologue ou un gériatre, à l'exception de tout syndrome cérébral organique ou trouble psychiatrique. La personne adhérente doit présenter une diminution telle des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement, que sa capacité de fonctionner en société est grandement réduite et qu'elle doit faire l'objet d'une surveillance constante.

e) Maladie de Parkinson – 100 % du montant d'assurance

Maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue et caractérisée par au moins deux des symptômes suivants :

- rigidité;
- tremblements;
- akinésie.

Exclusions et réductions : Les autres types de syndromes parkinsoniens ne sont pas couverts.

f) Affection des neurones moteurs – 100 % du montant d'assurance

Diagnostic sans équivoque d'une des cinq maladies suivantes par un neurologue :

- Sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig)
- Sclérose latérale primaire
- Atrophie spinale progressive
- Paralysie bulbaire progressive
- Paralysie pseudo bulbaire

g) Cécité – 100 % du montant d'assurance

Perte totale et irréversible de la vision des deux yeux diagnostiquée par un ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être inférieure à 20/200 ou les champs visuels inférieurs à 20 degrés, et ce, au niveau des deux yeux.

h) Infection par le VIH – 100 % du montant d'assurance

Infection de la personne adhérente par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) contractée après l'entrée en vigueur de la présente garantie.

L'Assureur doit être avisé de toute situation pouvant entraîner une infection par le VIH dans les 14 jours de la date de l'événement. La personne adhérente doit également subir des prélèvements sanguins pour le dépistage du VIH au cours de cette même période de 14 jours, lesquels doivent être négatifs. Les prélèvements doivent être répétés entre trois et six mois après la date de l'événement et être positifs à ce moment. L'Assureur est autorisé à faire analyser les prélèvements sanguins effectués par un laboratoire de son choix et il a le droit d'exiger des prélèvements supplémentaires.

La situation ou l'événement pouvant entraîner une infection par le VIH doit être rapporté, évalué et documenté.

Aucun montant d'assurance n'est payable si la personne adhérente avait refusé d'utiliser un vaccin offrant une protection contre le VIH et qui serait devenu disponible avant la survenance de la situation ou de l'événement à l'origine de l'infection par le VIH.

Enfin, si un traitement curatif pour le sida devient disponible après la date d'entrée en vigueur de la garantie, la clause d'infection par le VIH devient nulle et sans effet, à compter de la date de disponibilité de ce traitement.

i) Accident vasculaire cérébral – 50 % du montant d'assurance

Accident cérébrovasculaire, à l'exception d'un accident ischémique ou d'une insuffisance vertébro-basilaire, diagnostiqué par un neurologue et résultant d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne, ou d'une embolie de source extracrânienne. L'accident doit entraîner des séquelles neurologiques, avec paralysie ou tout autre déficit neurologique objectif et mesurable, persistant durant une période minimale de 30 jours consécutifs après l'accident.

j) Insuffisance rénale – 50 % du montant d'assurance

Insuffisance permanente et irréversible des deux reins diagnostiqués par un néphrologue et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

k) Brûlures graves – 50 % du montant d'assurance

Brûlures au troisième degré diagnostiquées par un chirurgien plasticien et couvrant au moins 20 % du corps.

l) Transplantation d'un organe vital – 50 % du montant d'assurance

Greffe d'un des organes suivants en raison d'une insuffisance chronique et irréversible :

- Cœur
- Foie
- Moelle osseuse, excluant l'autogreffe
- Deux poumons
- Deux reins
- Pancréas

m) Infarctus du myocarde – 35 % du montant d'assurance

Nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un blocage des artères assurant son irrigation.

Le diagnostic doit être confirmé par les deux éléments suivants :

- présence de changements électrocardiographiques à l'ECG, indiquant un infarctus du myocarde, ou d'un nouveau tableau clinique de douleurs typiques, seulement si l'électrocardiogramme ne peut être interprété (bloc de branche complet, syndrome de Wolff-Parkinson-White, stimulateur cardiaque), et

- élévation à deux reprises des marqueurs biologiques, dont les enzymes cardiaques, les troponines, les CPK ou les MB-CPK, à un niveau signant un infarctus aigu du myocarde.

Exclusions et réductions : L'infarctus du myocarde ne répondant pas aux critères mentionnés précédemment ou l'infarctus du myocarde survenant dans les 48 heures suivant une revascularisation facultative, n'est pas couvert à moins qu'il ne soit accompagné de nouvelles ondes Q pathologiques.

n) Cancer – 35 % du montant d'assurance

Tumeur maligne diagnostiquée par un oncologue et caractérisée par le développement et la propagation incontrôlée de cellules malignes envahissant les tissus.

Exclusions et réductions : La garantie ne couvre aucun cancer diagnostiqué dans les 90 premiers jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente ou s'il y a manifestation de signes, de symptômes ou de problèmes durant cette même période.

Sont également exclus les types de cancer suivants :

- tout cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ), selon la classification TNM, de même que la classification T1N0M0 pour les cancers de la prostate;
- les lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin envahissant le derme ou se développant plus en profondeur, soit à plus d'un millimètre
- toute tumeur diagnostiquée chez la personne adhérente porteuse du VIH.

o) Coma – 35 % du montant d'assurance

État d'inconscience profond, sans réaction de la personne adhérente à toute stimulation extérieure, persistant durant une période minimale de 96 heures consécutives et ayant été diagnostiqué par un neurologue.

p) Pontage coronarien – 35 % du montant d'assurance

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

Exclusions et réductions : La présente garantie ne couvre pas les interventions réalisées à l'aide d'une technique non chirurgicale, comme l'angioplastie par ballonnet, la correction d'une occlusion par laser ou toute autre intervention au niveau artériel ne comportant pas de pontage ou d'anastomose.

q) Surdité – 25 % du montant d'assurance

Perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste, rendant la personne adhérente incapable de percevoir les sons de 90 décibels ou moins.

r) Mutité – 25 % du montant d'assurance

Perte totale, permanente et irréversible de la parole résultant d'une maladie, d'une lésion corporelle ou d'un accident et ayant persisté durant une période minimale de 365 jours consécutifs. La mutité doit être diagnostiquée par un médecin dûment qualifié pour poser un tel diagnostic et ne pas résulter de troubles psychologiques ou psychiatriques.

3.2.4 Conditions préexistantes

La personne adhérente n'a droit à aucun montant d'assurance pour toute maladie grave ou intervention chirurgicale résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante pour laquelle la personne adhérente a consulté un médecin ou reçu des traitements au cours des 24 mois précédant la date du début de son assurance en vertu d'une garantie d'assurance maladies graves.

Toutefois, cette exclusion cesse de s'appliquer si le diagnostic non équivoque et final de la maladie grave est posé pour la première fois plus de 24 mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente.

3.2.5 Exclusions et réductions de la garantie

Aucun montant d'assurance n'est payable pour une maladie ou une intervention chirurgicale résultant, directement ou indirectement, d'une des causes suivantes :

a) De blessures que la personne adhérente s'inflige, d'automutilation ou d'une tentative de suicide, que la personne adhérente soit alors saine d'esprit ou non.

b) Une blessure subie ou une maladie contractée lors d'un acte criminel, ou considéré comme tel, que la personne adhérente commet ou tente de commettre.

c) Une condition résultant de la conduite de tout véhicule :

- avec un taux d'alcoolémie dépassant la limite légale en vigueur à l'endroit de l'accident; ou
- sous l'effet de drogue, ou de médicaments qui ne sont pas pris selon l'ordonnance du médecin ou les indications thérapeutiques et la posologie du fabricant.

d) Un abus d'alcool, l'utilisation de drogue, ou la prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

e) Une blessure ou une maladie résultant d'une guerre, déclarée ou non, ou de la participation, ou de la tentative de participation, de la personne adhérente à une insurrection ou à une émeute.

f) Le refus ou l'omission de la personne adhérente de recevoir les traitements appropriés pour sa condition.

g) Le service actif de la personne adhérente dans les forces armées de n'importe quel pays.

3.2.6 Terminaison

La garantie d'assurance maladies graves de la personne adhérente prend fin à la même date que celle d'assurance vie de la personne adhérente.

De plus, lorsque la personne adhérente a reçu le montant maximal de prestations payables en vertu de la présente garantie, elle peut mettre fin à sa participation à la garantie en transmettant une demande écrite à cet effet à l'Assureur.

3.3 Assurance vie des personnes à charge

3.3.1 Le montant d'assurance vie des personnes à charge est le suivant :

a) Personne conjointe :

- 10 000 $ si son décès survient avant son 65e anniversaire de naissance ;
- 5 000 $ si son décès survient à la date de son 65e anniversaire de naissance ou après, mais avant la date de retraite de la personne adhérente.

b) Enfant à charge :

- 5 000 $ à compter de l'âge de 24 heures et tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge.

3.3.2 Terminaison

Sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes », 3.6 « Prolongation » et 3.7 « Droit de transformation », l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des deux dates suivantes :

3.3.2.1 La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente assurée dont elle est à charge.

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

3.4 Assurance vie additionnelle

3.4.1 Montant d'assurance vie additionnelle

a) Personne adhérente de moins de 70 ans.

Une personne adhérente peut souscrire 1 à 10 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 25 000 $.

Le montant d'assurance vie additionnelle maximal est de 250 000 $, incluant tout montant détenu avant le 1er janvier 2013.

Toute personne employée ayant adhéré à la présente garantie avant le 1er janvier 2013 conserve le montant d'assurance détenu à cette date (montant basé sur des unités de 20 000 $). Toutefois, si cette personne désire ajouter ou retrancher des unités au montant actuellement détenu, ces unités seront de 25 000 $ et le nouveau montant sera arrondi au multiple de 25 000 $ le plus près, jusqu'à concurrence du montant maximal de 250 000 $.

b) Personne adhérente de 70 ans ou plus

Une telle personne adhérente peut conserver ou souscrire 1 à 2 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 25 000 $.

À partir de l'âge de 70 ans, et considérant le droit de transformation de la garantie d'assurance de vie de base stipulé à l'article 3.1.1, le montant d'assurance vie additionnelle maximal pour une personne adhérente est de 50 000 $.

c) Personne conjointe de moins de 70 ans

La personne adhérente peut souscrire 1 à 10 tranches d'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe, chaque tranche étant égale à 25 000 $.

Le montant d'assurance vie additionnelle maximal est de 250 000 $, incluant tout montant détenu avant le 1er janvier 2013.

Toute personne conjointe qui était couverte par la présente garantie avant le 1er janvier 2013 conserve le montant d'assurance détenu à cette date (montant basé sur des unités de 20 000 $). Toutefois, si cette personne désire ajouter ou retrancher des unités au montant actuellement détenu, ces unités seront de 25 000 $ et le nouveau montant sera arrondi au multiple de 25 000 $ le plus près, jusqu'à concurrence du montant maximal de 250 000 $.

d) Personne conjointe de 70 ans ou plus

La personne adhérente peut souscrire 1 à 2 tranches d'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe, chaque tranche étant égale à 25 000 $, pour un montant maximal de 50 000 $.

3.4.2 Terminaison

3.4.2.1 Sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes », 3.6 « Prolongation » et 3.7 « Droit de transformation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

a) la date de terminaison du contrat ou de la garantie;

b) la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre, dont le contrat d'assurance relève du Preneur n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Une personne employée non permanente au sens de la convention collective est présumée en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'elle n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat;

c) la date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans;

d) la date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;

e) la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée;

f) la fin de la période de cinq ans qui suit la fin de son invalidité pour une personne employée admissible selon l'article 2.1.7.

3.4.2.2 Sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes », 3.6 « Prolongation » et 3.7 « Droit de transformation », l'assurance de la personne conjointe se termine à la première des dates suivantes :

a) la date de terminaison de l'assurance vie de base de la personne adhérente et de l'assurance vie des personnes à charge;

b) la date à laquelle elle cesse de répondre à la définition de « personne conjointe ».

3.5 Exonération des primes

L'assurance d'une personne adhérente et celle de ses personnes à charge, le cas échéant, qui devient invalide avant la date de la retraite sont maintenues en vigueur sans paiement des primes, et ce, jusqu'à la première des dates suivantes :

a) la date de fin de l'invalidité totale;

b) la date de la retraite de la personne adhérente. Toutefois, une personne adhérente invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à l'âge de 65 ans;

c) la date du 65e anniversaire de naissance de la personne adhérente;

d) la date de fin du contrat ou de la garantie pour la garantie d'assurance maladies graves.

Pour la personne adhérente devenue invalide avant le 1er janvier 2025, l'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

Pour la personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2025 ou après, l'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 52 semaines suivant le début de l'invalidité.

Une preuve d'invalidité doit être fournie, à la demande de l'Assureur, mais celui-ci s'engage à ne pas exiger une telle preuve plus d'une fois par année.

3.6 Prolongation

Si ce contrat ou cette garantie se termine, l'assurance vie d'une personne adhérente, excluant l'assurance maladies graves, l'assurance vie additionnelle et l'assurance vie de ses personnes à charge dont la prime est exonérée, sont maintenues en vigueur.

3.7 Droit de transformation

Toute personne adhérente dont la vie cesse d'être assurée aux termes de la présente garantie parce qu'elle cesse son emploi auprès de l'employeur pour une raison autre que sa mise à la retraite ou parce qu'elle cesse d'être admissible selon l'article 2.1.1 peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de ses fonctions, sans preuves d'assurabilité, obtenir une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Advenant le cas de la cessation d'emploi ou du décès de la personne adhérente, sa personne conjointe peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de l'assurance vie de base de cette personne adhérente, sans preuve d'assurabilité, obtenir une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant d'assurance qui peut être transformé en une police individuelle ne doit pas être supérieur au montant de la protection qui cesse d'être en vigueur.

Cette protection à l'égard d'une personne adhérente ou de sa personne conjointe demeure en vigueur pendant la période de 31 jours au cours de laquelle elle a droit de faire la demande d'une police individuelle d'assurance vie.

3.8 Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un bénéficiaire, changer un bénéficiaire déjà désigné ou déclarer que l'assurance est payable aux ayants droit, sur déclaration écrite signée par une telle personne adhérente et déposée au siège social de l'Assureur, le tout sujet aux dispositions de la loi. L'Assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

Tout montant d'assurance vie des personnes à charge est payable à la personne adhérente.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance est payable aux ayants droit de la personne adhérente.

3.9 Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès d'une personne assurée ou du diagnostic d'une maladie grave chez la personne adhérente, tel que décrit aux articles 3.1 à 3.4. En cas de décès d'une personne adhérente, les prestations sont payables au bénéficiaire désigné, sinon aux ayants droit de la personne adhérente. Advenant le décès de la personne conjointe ou de l'un des enfants à charge de la personne adhérente, les prestations sont payables à cette dernière.

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

ARTICLE 4 - **GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

Les frais admissibles sont les frais engagés pour les soins, fournitures et services décrits ci-après et sont limités aux frais raisonnables justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, sous réserve des exclusions de la *Loi sur l'assurance-maladie* du Québec, de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* du Québec ou de toute loi sur l'assurance maladie ou l'assurance-hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée.

Sont exclus les frais non médicalement nécessaires, les frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et les frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile* ou toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services au pharmacien. L'Assureur effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. La personne assurée n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur; elle ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

4.1 **Sommaire des garanties**

Les soins, services et fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance médicale. Les maximums indiqués sont par personne assurée, sauf si indication à l'effet contraire.

	Protection de base (Module A)	**Protection régulière (Module B)**	**Protection enrichie (Module C)**
1. **Frais remboursés à 100 %**			
Hospitalisation au Canada	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée
Soins prolongés	Chambre semi-privée Maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée Maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée Maximum de 180 jours par année civile
Assurance voyage	Maximum viager de 2 000 000 $	Maximum viager de 2 000 000 $	Maximum viager de 2 000 000 $
Assurance annulation de voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
2. **Médicaments ***			
Clause de médicaments	Liste RAMQ	Liste régulière	Liste régulière
Remboursement	**Jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle du RGAM** :** le pourcentage de remboursement correspond au pourcentage de remboursement minimal du RGAM et il est ajusté le 1er janvier de chaque année*** **Excédent :** 100 %***	80 % des frais admissibles, **jusqu'à concurrence d'une contribution maximale annuelle de 900 $** :** **Excédent :** 100 %***	85 % des frais admissibles, **jusqu'à concurrence d'une contribution maximale annuelle de 600 $** :** **Excédent :** 100 %***
	** La contribution maximale annuelle de la personne conjointe est calculée séparément de celle de la personne adhérente. Les frais admissibles engagés pour les enfants à charge sont inclus dans la contribution de la personne adhérente. *** Pour les médicaments originaux, le pourcentage de remboursement est appliqué sur la base du prix du médicament générique le moins cher (substitution forcée).		
Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile *	Non-couverts	Maximum admissible de 1 000 $ par année civile	Maximum admissible de 1 000 $ par année civile
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct

3. **Autres frais admissibles**			
Remboursement	Le pourcentage de remboursement correspond au pourcentage de remboursement minimum du RGAM	80 %	85 %
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Ambulance	Couverte	Couverte	Couverte
Appareils prothétiques*, membres artificiels*	Couverts	Couverts	Couverts
Bas de soutien	Non couverts	Maximum de 6 paires par année civile	Maximum de 6 paires par année civile
Batteries pour les appareils de support à l'apnée du sommeil (CPAP)	Non couvertes	Maximum admissible de 500 $ par période de 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 500 $ par période de 60 mois consécutifs
Cannabis à des fins médicales *	Non couvert	Remboursement maximal de 1 500 $ par année civile	Remboursement maximal de 1 500 $ par année civile
Centre de réadaptation et maison de convalescence	Non couverts	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 $ par jour et de 15 jours par hospitalisation	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 $ par jour et de 15 jours par hospitalisation
Chaussures correctrices *	Non couvertes	Maximum admissible de 100 $ par paire et de 2 paires par année civile	Maximum admissible de 100 $ par paire et de 2 paires par année civile

3. **Autres frais admissibles**			
Chirurgie d'affirmation de genre *	Non couverte	Remboursement maximal de 5 000 $ par année civile, jusqu'à concurrence de 10 000 $ à vie	Remboursement maximal de 5 000 $ par année civile, jusqu'à concurrence de 10 000 $ à vie
Chirurgien dentiste à la suite d'un accident	Non couvert	Couvert	Couvert
Clinique privée pour le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu compulsif	Non-couverte	Remboursement maximal de 3 500 $ par année civile, jusqu'à concurrence d'une cure par année civile et de 2 cures à vie	Remboursement maximal de 3 500 $ par année civile, jusqu'à concurrence d'une cure par année civile et de 2 cures à vie
Examen de la vue	Non-couvert	Maximum admissible de 100 $ par période de 24 mois consécutifs	Maximum admissible de 100 $ par période de 24 mois consécutifs
Fauteuil roulant *, poumon d'acier * et équipements thérapeutiques *	Non-couverts	Couverts	Couverts
Fournitures et accessoires pour pompe à insuline *	Non-couvertes	Maximum admissible de 4 000 $ par année civile	Maximum admissible de 4 000 $ par année civile
Glucomètre *, dextromètre * ou autre appareil similaire *	Non-couvert	Remboursement maximal de 200 $ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 200 $ par période de 60 mois consécutifs

3. **Autres frais admissibles**			
Infirmier autorisé * ou infirmier auxiliaire autorisé *	Non-couvert	Maximum admissible de 300 $ par jour Remboursement maximal de 10 000 $ par année civile	Maximum admissible de 300 $ par jour Remboursement maximal de 10 000 $ par année civile
Lecteur de glucose en continu et accessoires *	Non couverts	Maximum admissible de 5 000 $ par année civile	Maximum admissible de 5 000 $ par année civile
Orthèses plantaires* et appareils orthopédiques*	Non couverts	Couverts	Couverts
Oxygénothérapie *	Non couverte	Couverte	Couverte
Pompe à insuline *	Non couverte	Remboursement maximal de 6 000 $ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 6 000 $ par période de 60 mois consécutifs
Prothèse auditive *	Non couverte	Remboursement maximal de 2 000 $ par période de 12 mois consécutifs, jusqu'à concurrence de 1 000 $ par prothèse	Remboursement maximal de 2 000 $ par période de 12 mois consécutifs, jusqu'à concurrence de 1 000 $ par prothèse
Prothèse capillaire *	Non couverte	Maximum admissible de 700 $ par année civile	Maximum admissible de 700 $ par année civile

3. **Autres frais admissibles**			
Prothèse mammaire *	Non couverte	Maximum admissible de 500 $ par année civile	Maximum admissible de 500 $ par année civile
Rapport médical	Non couvert	Remboursement maximal de 40 $ par rapport jusqu'à concurrence de 500 $ par année civile	Remboursement maximal de 40 $ par rapport jusqu'à concurrence de 500 $ par année civile
Sérums et liquides injectés pour fins curatives * (incluant les injections en vue d'une insémination artificielle)	Non couverts	Couverts	Couverts
Souliers orthopédiques*	Non couverts	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 $ par paire	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 $ par paire
Stérilet	Non couvert	Couvert	Couvert
Traitement d'un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée*	Non couvert	Remboursement maximal de 750 $ par voyage	Remboursement maximal de 750 $ par voyage
Vaccins (vaccins préventifs inclus)	Non couverts	Couverts	Couverts

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
4. **Professionnels de la santé**			
Remboursement	S.O.	80 %	85 %
Chiropraticien	Non couvert	Frais admissibles de 65 $ par traitement, consultation ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 65 $ par traitement, consultation ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 200 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Acupuncteur, diététiste, ergothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre, thérapeute du sport et thérapeute en réadaptation physique	Non couverts		
Kinésithérapeute, massothérapeute * et orthothérapeute	Non couverts	Non couverts	
Audiologiste, orthopédagogue et orthophoniste	Non couverts	Frais admissibles de 100 $ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 900 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 100 $ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 800 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
4. **Professionnels de la santé**			
Conseiller en orientation en pratique privée, psychanalyste, psychiatre, psychoéducateur, psychologue, psychothérapeute et travailleur social	Non couverts	Frais admissibles de 100 $ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 900 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 100 $ par consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 800 $ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Évaluation d'un psychologue, neuro psychologue, orthopédagogue et orthophoniste	Non couvert	Maximum admissible de 1 250 $ par année civile	Maximum admissible de 1 250 $ par année civile

4.2 Frais d'assurance maladie admissibles

4.2.1 Hospitalisation

Les frais sont remboursables selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties*, en fonction du module choisi par la personne adhérente.

a) Lorsque, sur recommandation d'un médecin, une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit hôpital pour le séjour en chambre semi-privée ou en chambre particulière tant que cette personne assurée a droit à des soins assurés à titre de malade hospitalisé, mais seulement jusqu'à concurrence du montant que ledit hôpital est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de séjour de ce dernier en chambre semi-privée.

b) Lorsque, sur recommandation d'un médecin et ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, une personne assurée est admise à titre de malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés dans un hôpital antituberculeux, dans un sanatorium, dans un hôpital pour malades mentaux, dans une maison de repos, dans une maison de retraite ou dans un dispensaire, et que l'établissement est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la loi sur l'assurance-hospitalisation de cette province, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit établissement pour le séjour de la personne assurée, jusqu'à concurrence du montant que ledit établissement est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de ce dernier en chambre semi-privée.

4.2.2 **Médicaments**

Les frais sont remboursables selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties*, en fonction du module choisi par la personne adhérente.

a) Liste RAMQ :

L'Assureur rembourse à la personne adhérente les frais qu'elle engage pour elle-même ou pour ses personnes à charge assurées pour l'achat de médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé à prescrire des médicaments. Sont considérés comme des médicaments les produits inclus dans les plus récentes listes disponibles de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

b) Liste régulière :

L'Assureur rembourse à la personne adhérente les frais qu'elle engage pour elle-même ou pour ses personnes à charge assurées pour l'achat de médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé à prescrire des médicaments. Sont considérés comme des médicaments les produits inclus dans les plus récentes listes disponibles de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou dans la liste des médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'A.Q.P.P.), à l'exception des médicaments codés « V » ou « Z ».

Toutefois, 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*, ne sont pas couverts dans le cas d'une personne adhérente âgée de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, à moins que celle-ci n'en ait fait la demande, selon ce qui est prévu à la section portant sur l'adhésion. Dans l'éventualité où la personne adhérente choisit d'assurer ses médicaments auprès de la RAMQ, seule la partie non remboursable (franchise et coassurance) est admissible au présent contrat.

L'Assureur rembourse également les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

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

Sur réception et approbation par l'Assureur du formulaire d'autorisation préalable dûment rempli par le médecin de la personne adhérente, l'Assureur rembourse également les médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile liée à certaines conditions médicales résultant d'une chirurgie ou d'un traitement du cancer de la prostate.

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

- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la *Loi sur l'assurance-médicaments*, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi;

- de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.

Nonobstant toute définition ou exclusion du présent contrat, sont considérés comme frais admissibles tous les médicaments que le contrat collectif doit couvrir conformément à la *Loi sur l'assurance-médicaments*.

S'il existe des contre-indications médicales qui empêchent la personne assurée d'utiliser un médicament générique, le médicament original peut être remboursé selon le pourcentage prévu pour un médicament breveté. Pour ce faire, la personne assurée doit soumettre à l'Assureur un document indiquant spécifiquement ces contre-indications et signé par le médecin ayant fait l'ordonnance. Si la demande est acceptée par l'Assureur, aucun autre document médical ne sera requis pour le renouvellement du médicament ayant été approuvé.

4.2.3 Autres frais admissibles

Les frais sont remboursables selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties*, en fonction du module choisi par la personne adhérente.

a) Les frais de transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train (aller et retour) en cas d'urgence.

b) Les frais d'achat d'appareils prothétiques, excluant les prothèses dentaires et d'un membre artificiel pour un sinistre survenu en cours d'assurance. Les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.

c) Les frais d'achat de bas de soutien.

d) Les frais d'achat de batteries « de secours » pour les appareils de support à l'apnée du sommeil (CPAP) visant à fournir l'électricité nécessaire lors d'une panne de courant, ou lorsqu'aucune source d'électricité n'est disponible.

e) Le coût du cannabis à des fins médicales.

Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

i) le cannabis doit être obtenu d'un producteur autorisé par les autorités gouvernementales compétentes;

ii) l'Assureur doit recevoir les deux documents suivants dûment remplis par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire :

- le formulaire médical autorisant l'usage par la personne assurée du cannabis à des fins médicales, et
- le formulaire d'autorisation de l'Assureur.

iii) le cannabis doit être consommé afin de soulager un ou plusieurs symptômes associés à des conditions médicales admissibles, selon l'Assureur, à un tel traitement.

Limitation : sous réserve de toute autre modalité indiquée au *Sommaire des garanties* ou de tout changement légal à cet égard, le remboursement des frais est limité à 3 grammes de cannabis, par jour, par personne assurée.

f) Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation ou d'une maison de convalescence au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre immédiatement après la fin de son hospitalisation, que l'hospitalisation ait duré au moins trois jours et qu'elle ait débuté en cours d'assurance.

g) Les frais d'achat de chaussures correctrices achetées à une maison spécialisée.

h) Les frais pour la chirurgie d'affirmation de genre

i) Les frais admissibles incluent les frais engagés lors d'une intervention chirurgicale pratiquée par un médecin visant à modifier les caractéristiques sexuelles de la personne assurée dans le but de les harmoniser avec le genre auquel elle s'identifie. Les frais d'épilation par électrolyse ou par laser sont également admissibles. Seule la portion des frais non couverts par les régimes publics d'assurance maladie sera admissible à un remboursement.

ii) Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- la personne assurée doit avoir obtenu un diagnostic de dysphorie de genre par un médecin;
- l'intervention chirurgicale ou l'épilation doit être réalisée au Canada;
- l'intervention chirurgicale ou l'épilation ne doit pas être couverte par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

i) Les services professionnels d'un chirurgien dentiste pour réparation des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le début de l'assurance et à la condition que les soins soient prodigués moins d'un an après la date de l'accident.

j) Les frais engagés au Canada ou hors du Canada pour un séjour en clinique privée spécialisée reconnue dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie (excluant toutefois le tabagisme) ou le jeu compulsif.

k) Les honoraires pour un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans.

l) Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, pour un fauteuil roulant, un poumon d'acier et pour tout équipement thérapeutique, incluant l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

m) Les frais d'achat de fournitures et d'accessoires requis exclusivement pour l'utilisation d'une pompe à insuline.

n) Les frais d'achat d'un 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 la personne assurée est insulinodépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

o) Les services professionnels d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé (I.L.), ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé, à l'exclusion des services de toute personne qui réside habituellement dans la demeure de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille.

p) Les frais d'achat d'un lecteur de glucose en continu et des accessoires requis exclusivement pour l'utilisation d'un lecteur de glucose en continu.

q) Les frais d'achat d'orthèses plantaires, de plâtres et d'appareils orthopédiques, sauf les souliers orthopédiques. Les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.

r) Les services d'oxygénothérapie rendus sous surveillance ou ordonnance d'un médecin. Toutefois, les professionnels rendant ces services doivent être inscrits aux organismes réglementant leur profession.

s) Les frais d'achat d'une pompe à insuline destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulinodépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

t) Les frais d'achat ou de réparation d'une prothèse auditive.

u) Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie.

v) Les frais d'achat d'une prothèse mammaire externe par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

w) Les frais pour un rapport médical

x) Les frais engagés pour des sérums et liquides injectés pour fins curatives, y compris les injections en vue d'une insémination artificielle.

y) Les frais d'achat de souliers orthopédiques (chaussures moulées).

z) Les frais engagés par une personne assurée qui doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région. Les frais suivants sont admissibles :

- Si la situation nécessite un déplacement d'au moins 280 kilomètres (au total pour l'aller et le retour) du lieu de résidence de la personne assurée, les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile. Toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.

- Les frais de logement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

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

Les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente si cette dernière détient une protection individuelle. Si la personne adhérente détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente ou ses personnes à charge. Cette protection couvre également la présence d'un accompagnateur, si la situation le justifie.

aa) Les frais pour les vaccins, y compris les vaccins de nature préventive et administrés par un médecin ou un infirmier.

4.2.4 Professionnels de la santé

Les frais de traitement ou les honoraires de consultation versés aux professionnels de la santé énumérés ci-après sont remboursables selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties*, en fonction du module choisi par la personne adhérente.

Les professionnels de la santé doivent être membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par les autorités compétentes ou, à défaut d'un tel ordre, d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur.

La personne assurée ne peut recevoir plus d'un traitement ou obtenir plus d'une consultation par jour avec un même professionnel de la santé, et ce, peu importe le nombre de spécialités qu'exerce ce professionnel.

a) Acupuncteur

b) Audiologiste

c) Chiropraticien, incluant les radiographies

d) Conseiller en orientation en pratique privée

e) Diététiste

f) Ergothérapeute

g) Kinésithérapeute

h) Massothérapeute

i) Orthopédagogue. Les frais pour une évaluation d'un orthopédagogue sont également couverts.

j) Orthophoniste. Les frais pour une évaluation d'un orthophoniste sont également couverts.

k) Orthothérapeute

l) Ostéopathe

m) Physiothérapeute, thérapeute du sport et thérapeute en réadaptation physique

n) Podiatre

o) Psychanalyste en clinique externe. Les frais pour thérapie conjugale pour les deux personnes conjointes sont également couverts.

p) Psychiatre. Les frais pour thérapie conjugale pour les deux personnes conjointes sont également couverts. De plus, pour que les frais soient admissibles, le psychiatre doit être membre de la Société canadienne de psychanalyse.

q) Psychoéducateur

r) Psychologue. Les frais pour thérapie conjugale pour les deux personnes conjointes, ainsi que les frais pour une évaluation d'un psychologue ou d'un neuro psychologue, sont également couverts.

s) Psychothérapeute

t) Travailleur social

4.3 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, survenus alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

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

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au *Sommaire des garanties*.

LIMITATION

Lorsqu'une personne assurée se rend dans une destination visée par un avertissement gouvernemental canadien d'éviter tout voyage non-essentiel à la date de son départ, la période de protection de l'assurance voyage est limitée à 30 jours.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

Pour être couverte par la présente garantie, une personne assurée souffrant d'une maladie ou d'une affection connue doit s'assurer avant son départ que cette maladie ou cette affection est stable et sous contrôle, qu'elle peut effectuer ses activités quotidiennes régulières et qu'elle ne présente aucun symptôme pouvant raisonnablement laisser présager qu'elle puisse présenter des complications ou requérir des soins médicaux pendant la durée du séjour prévu à l'extérieur de sa province de résidence.

Une maladie ou une affection est considérée stable lorsqu'il y a absence :

- d'aggravation;
- de rechute ou de récidive;
- de diagnostic de phase terminale d'évolution;
- de chronicité pouvant entraîner des risques de dégradation ou des complications pendant le séjour prévu à l'extérieur de la province de résidence.

La personne assurée qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertaine quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

4.3.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux admissibles

a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement ou autre) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à concurrence d'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 des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

e) Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement dans un l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 $ par hospitalisation. L'infirmière ou l'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon ou une compagne 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 la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 $ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

4.3.2 Frais de transport admissibles

a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

b) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.

c) Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de sa personne conjointe et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.

d) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser sept jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 $.

   Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.

e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur province de résidence des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.

f) Lorsqu'une personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 $.

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

4.3.3 Allocations de subsistance admissibles

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

4.3.4 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à toute personne assurée qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou visés par un avis aux voyageurs 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 aux régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée 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 la personne assurée dans une clinique ou un hôpital approprié.

c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.

d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre elle-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 la personne assurée, pour ensuite être remboursé par l'Assureur si admissible.

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

g) L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.

h) L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.

i) Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

4.3.5 Obligations de la personne assurée

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

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

c) BILLETS NON UTILISÉS : lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci le titre de transport qu'elle 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, la personne assurée cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'Assisteur. Les personnes assurées conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

4.3.6 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

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

a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée.

b) Lorsqu'il s'agit de tout autre type de voyage que celui défini au premier paragraphe de l'article 1.44, qui comporte une absence de la personne assurée de sa province de résidence. Cela inclut tout voyage au cours duquel une personne enseignante accompagne des étudiants ou des étudiantes dans le cadre de ses fonctions, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur.

c) Lorsque la personne assurée refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée.

d) 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 une maladie subite.

e) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

f) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.

g) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients ou des patientes 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 la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature.

j) L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.

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, visé par un avis aux voyageurs, 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.

l) Lorsque les frais sont engagés par la personne assurée, postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, spécifiant d'éviter :

- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, elle doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

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

4.3.7 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.

4.4 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause et selon le pourcentage prévu au *Sommaire des garanties*, les frais engagés par la personne assurée 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 la personne assurée alors que la présente garantie est en vigueur, et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Seule est admissible la portion des frais de voyage payés d'avance qui n'a pas fait l'objet de toute forme de crédit, de compensation ou de dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offert par le fournisseur de services de voyage ou tout organisme.

Par ailleurs, tous les arrangements de voyage payés d'avance à un fournisseur de services de voyage doivent être inutilisés, inutilisables, non remboursables et non transférables.

Nonobstant ce qui précède, lorsque la personne assurée peut faire la démonstration qu'il lui sera impossible d'utiliser un crédit voyage avant son expiration en raison de la présence de conditions de santé non existantes lors de l'achat du voyage ou du fait de la survenance d'une des causes d'annulation reconnues par la présente garantie, la personne assurée peut faire une demande de remboursement auprès de l'Assisteur.

4.4.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

a) Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, sa compagne ou 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.

b) Le décès de la personne assurée, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne assurée ou de sa personne conjointe, de la compagne ou du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.

c) Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que sa personne conjointe ou son enfant ou d'un proche parent de la compagne ou 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.

d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.

e) La convocation de la personne assurée ou de sa compagne 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.

f) La mise en quarantaine de la personne assurée ou de sa compagne ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de sept jours avant la date prévue du départ.

g) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.

h) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, de sa compagne ou de son compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable sept jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.

i) Le transfert de la personne assurée ou de sa compagne 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.

j) L'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur spécifiant d'éviter :

   i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou

   ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

   Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

   - l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après que les frais de voyage aient été engagés,
   - l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est toujours en vigueur à la date de départ en voyage de la personne assurée.

   Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

   - l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après la date de départ en voyage de la personne assurée,
   - l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est en vigueur au cours de la période prévue du voyage de la personne assurée,

- la personne assurée a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de la modification du niveau de risque.

k) 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 trois heures avant le départ ou au moins deux 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.

l) Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.

m) 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.

n) La perte involontaire d'emploi permanent ou l'interruption involontaire d'un contrat d'emploi avant son échéance de la personne assurée ou de sa personne conjointe, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

o) Une défaillance du fournisseur de services de voyage.

4.4.2 Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de la personne assurée.

a) En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule dans le cas où sa compagne ou son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où sa compagne ou 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 la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

b) 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.

c) 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 la personne assurée est retardé de plus de sept jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou sa compagne 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 sept jours;
- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

d) Si le retour est anticipé ou retardé à cause de l'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, le tout tel que décrit à la section des causes d'annulation et d'interruption admissibles en vertu de la présente garantie.

Les frais d'hébergement et de repas que doit engager la personne assurée dans un établissement commercial, ainsi que les frais d'appels téléphoniques essentiels et de transports supplémentaires, le tout sous réserve d'une allocation maximale de 300 $ par jour, par personne assurée et d'un maximum global de 3000 $ par personne assurée pour la durée totale du séjour :

i) durant le transit pour se rendre à destination lorsque la personne assurée doit modifier son voyage, ou;

ii) durant le transit pour revenir au point de départ lorsque la personne assurée ne peut pas revenir par le moyen prévu, ou;

iii) lors de la prolongation du voyage.

e) S'il y a défaillance du fournisseur de services de voyage :

L'Assureur couvre, sous réserve des dispositions suivantes, ainsi que d'une subrogation en faveur de l'Assureur pour tout montant remboursé, la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence du montant remboursable prévu à cette garantie :

- si la défaillance se produit avant le départ, l'Assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté;
- si la défaillance se produit après le départ, l'Assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage.

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

4.4.3 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 :

a) Toute maladie ou affection qui n'était pas stable au moment où la personne assurée a finalisé les arrangements de voyage. Les critères définissant ce qu'est une maladie ou une affection stable sont prévus à l'article 4.3.

b) Lorsqu'il s'agit de tout autre type de voyage que celui défini au premier paragraphe de l'article 1.44, qui comporte une absence de la personne assurée de sa province de résidence. Cela inclut tout voyage au cours duquel une personne enseignante accompagne des étudiants ou des étudiantes dans le cadre de ses fonctions, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur.

c) 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.

d) 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.

e) Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.

f) La participation active de la personne assurée ou de sa compagne ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.

g) La grossesse ou les complications en résultant dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

h) Une blessure que la personne assurée ou sa compagne 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.

i) L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.

j) 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. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature.

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

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

m) Lorsque les frais sont engagés par la personne assurée, postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, spécifiant d'éviter :

- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, elle doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

n) Dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage, aucune prestation n'est payable si la personne assurée 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 la personne assurée 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 les frais liés à l'une ou l'autre des causes d'interruption de voyage si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où la personne assurée 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 la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée 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 la personne assurée ne sont admissibles, et ce, quelle que soit la cause.

4.4.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une annulation avant le départ, le voyage doit être annulé dans un délai maximal de 48 heures de la date de connaissance de la cause entraînant l'annulation, 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.

Si un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification du niveau de risque d'un avertissement est en vigueur, la personne assurée doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage payés d'avance ou 72 heures avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

4.4.5 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.

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

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée 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 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 la personne assurée 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, la personne assurée 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 la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée 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 la personne assurée.

4.5 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance maladie

Sans autres limitations aux soins, fournitures et services décrits dans les frais d'assurance maladie admissibles et sous réserve des dispositions prévues par la *Loi sur l'assurance-médicaments*, aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour les frais suivants :

a) Pour l'examen de la vue ou de l'ouïe, sauf s'il est nécessité par suite d'un accident. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas aux examens de la vue couverts en vertu des protections régulière (module B) ou enrichie (module C).

b) Pour prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, sauf si cela est nécessité par suite d'un accident.

c) Que la personne assurée ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalue des dispositions de tout régime public auquel elle était admissible.

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

e) Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.

f) Pour examen médical périodique, aux fins d'emploi ou aux fins d'assurance.

g) Alors que la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

h) Par suite de toute guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.

i) Par suite de sa participation active à un crime.

j) Pour des substances ou aliments diététiques.

k) Après la terminaison du présent contrat sous réserve de l'article 4.10 intitulé « Prolongation ».

l) Pour des médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance, à l'exception des médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile admissibles selon le présent contrat.

m) Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigés par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie, à l'exception de la franchise et de la coassurance exigée par la RAMQ.

Les exclusions et réductions stipulées dans la garantie d'assurance voyage 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 4.4.3 s'appliquent.

4.6 Conditions préexistantes

Les prestations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du présent contrat ne doivent pas être exclues de ce seul fait.

4.7 Demande de prestations

La responsabilité de l'Assureur n'est engagée en vertu de la présente garantie que s'il y a eu présentation d'une demande de prestations dans les 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 sont rendus ou les articles sont fournis.

Si la personne adhérente démontre qu'il lui était impossible de présenter une demande de prestations dans le délai prescrit et qu'elle a été produite aussitôt qu'il a été matériellement possible de le faire, la demande de prestations en vertu de la présente garantie est alors recevable.

4.8 Renseignements

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

4.9 Exonération des primes

L'assurance d'une personne adhérente (et de ses personnes à charges, le cas échéant) qui devient invalide avant la date effective de la retraite est maintenue en vigueur sans paiement des primes tant que dure l'invalidité, pourvu que le contrat demeure en vigueur et qu'une telle personne adhérente invalide n'ait pas atteint l'âge de 65 ans.

L'exonération des primes est applicable après l’expiration d’une période de 52 semaines suivant le début de l’invalidité.

4.10 Prolongation

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

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

b) L'invalidité ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

4.11 Droit de transformation

La personne assurée qui cesse d'être admissible à la présente garantie pour une raison autre que la retraite peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du type alors émis par l'Assureur, si elle en fait la demande écrite à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de fin de l'assurance. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si la personne assurée exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son assurance collective. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

4.12 Terminaison de l'assurance

4.12.1 De la personne adhérente

Sous réserve des articles 4.9 « Exonération des primes » et 4.10 « Prolongation », l'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

a) La date de terminaison du présent contrat.

b) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente dans un collège dont le contrat d'assurance relève du comité n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Pour une personne employée non permanente, l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat.

c) La date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

d) Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue de la personne adhérente.

4.12.2 D'une personne à charge

Sous réserve des articles 4.9 « Exonération des primes » et 4.10 « Prolongation », l'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

a) La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente dont elle est à charge.

b) La date à laquelle elle cesse de répondre à la définition de personne à charge du présent contrat.

ARTICLE 5 - **GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES**

5.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

Sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et les frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents de travail*, de la *Loi sur l'assurance automobile* ou tout autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2014 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute durant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

Les frais sont remboursables selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties,* en fonction du module choisi par la personne adhérente.

5.2 Sommaire des garanties

La durée de participation minimale à l'une ou l'autre de ces protections est de 36 mois, sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.5 « Changement de protection - Assurance maladie et soins dentaires ».

Les maximums indiqués sont par personne assurée.

	Protection de base (Option 1)	Protection enrichie (Option 2)
Frais de prévention	80 % 1 examen par période de 9 mois consécutifs	80 % 1 examen par période de 9 mois consécutifs
Frais de restauration de base	80 %	80 %
Frais d'endodontie, de parodontie, d'ajustement et de réparation de prothèses	Non couverts	80 %
Remboursement maximal	1 000 $ par année civile	1 000 $ par année civile
Franchise annuelle	Aucune	Aucune
Remboursement basé	Sur les tarifs de l'année courante	Sur les tarifs de l'année courante

5.3 Description des frais de prévention

5.3.1 Diagnostic :

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

f) examen parodontal complet: un examen par période de 24 mois consécutifs (01500).

Limitation : un seul examen de rappel, périodique, complet ou d'un aspect particulier par période de neuf mois consécutifs est couvert.

- radiographies :

a) radiographies intra-orales :

i) radiographie périapicale (02111 à 02116);

ii) radiographie occlusale (02131, 02132);

iii) radiographie interproximale (02141 à 02144);

b) radiographies extra-orales :

i) pellicule extra-orale (02201, 02202);

ii) examen des sinus (02304);

iii) sialographie (02400);

iv) substance radiopaque (02430);

v) articulation temporo-mandibulaire (02504);

c) tomographie (02920, 02929).

Limitation : Pas plus d'une séance de radiographies sera remboursable par période de neuf mois consécutifs, à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence. De plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

5.3.2 Prévention :

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie): un traitement par période de neuf mois consécutifs (11100, 11200, 11300);
- détartrage parodontal : un traitement par période de neuf mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419);
- application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 16 ans et moins : un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400);
- finition d'une obturation (13300);

- ablation de matériau obturateur sous gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent (13301);
- scellants des puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 14 ans et moins (13401, 13404);
- meulage des dents :
  a) meulage interproximal des dents (13700);
  b) améloplastie, chaque dent (13715).

5.4 Description des frais de restauration de base

5.4.1 Restauration :

- dents primaires :
  a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105);
  b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125);
  c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315);
  d) postérieure en composite lié par mordançage (23411 à 23415);
- dents permanentes :
  a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215);
  b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225);
  c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235);
  d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245);
  e) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118);
  f) facette fabriquée au fauteuil (antérieure et prémolaire) (23122);
  g) prémolaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage (23211 à 23215);
  h) molaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage (23221 à 23225);
- tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304);
- supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible (21601)

5.4.2 Chirurgie buccale :

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111);
- ablations chirurgicales :
  a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100, 72110);
  b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240);
  c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320);
  d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350);
  e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412);
  f) déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440);
  g) énucléation d'une dent (72450);
- correction et remodelage des tissus buccaux :
  a) alvéolectomie (73020);
  b) alvéoloplastie (73100, 73110);
  c) stomatoplastie (73123);
  d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140);
  e) tubéroplastie (73150, 73151);
  f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176);
  g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186);
  h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361);
  i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384);
  j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404);
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste :
  a) ablation d'une tumeur (74108, 74109);
  b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410);
- incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110);
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361);
- frénectomie (77801 à 77803);
- contrôle d'hémorragie (79400, 79401).

5.4.3 Services généraux complémentaires :

- anesthésie locale (92110, 92120);
- sédation consciente par inhalation (92311);
- visites professionnelles (94100, 94200, 94400).

5.5 Description des frais d'endodontie, de parodontie, d'ajustement et de réparation de prothèses

5.5.1 Endodontie :

- carie / trauma / contrôle de la douleur :
  a) pansement sédatif / coiffage indirect (20111, 20121);
  b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131);
  c) recimentation d'un fragment de dent brisé (20161);
- urgence endodontique :
  a) pulpotomie (32201, 32202, 32210);
  b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) :
     i) ouverture à travers une dent naturelle (39201, 39202);
     ii) ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine (32101);
  c) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39904);
  d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970);
  e) réimplantation d'une dent avulsée (39981);
  f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985);
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120);
- thérapie canalaire :
  a) traitement de canal :
     i) 1 canal (33100 à 33102, 33110 à 33112);
     ii) 2 canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212);
     iii) 3 canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312);
     iv) 4 canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412);
     v) canal additionnel (33475);

b) apexification :

i) 1 canal (33521, 33531, 33541);

ii) 2 canaux (33522, 33532, 33542);

iii) 3 canaux (33523, 33533, 33543);

– chirurgie endodontique périapicale :

a) apectomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104);

b) apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115);

c) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215);

d) amputation de racine (34401, 34402);

e) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453);

f) hémisection (39230);

– blanchiment d'une dent dévitalisée effectué au cabinet par le dentiste : jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances, par année civile, par personne assurée (39410).

– blanchiment de dents vivantes effectué au cabinet par le dentiste : une séance, par année civile, par personne assurée pour toutes les dents (97101, 97102).

5.5.2 Parodontie :

– gestion ou traitement d'une inflammation, d'une infection aiguë ou d'autres affections (41200);

– application d'agent désensibilisant : jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année par personne assurée pour toutes les dents (41300);

- chirurgie parodontale :

  a) surfaçage radiculaire et curetage (42000, 42001);

  b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010);

  c) fibrotomie (42330, 42331);

  d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100);

  e) greffe :

     i) tissus mous (42200, 42300, 42560, 42561);

     ii) tissus osseux (42611, 42700, 42711);

     iii) gingivale au moyen d'un greffon allogène ou xénogène (42570, 42575);

  f) Wedge interproximal (mésial ou distal) (42400);

  g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441);

  h) allongement de la couronne clinique, avec approche par lambeau et correction par ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42451);

  i) visite de contrôle postopératoire pour changement du pansement (42720);

- traitements parodontaux d'appoint :

  a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260);

  b) jumelages permanents (43290, 43295);

  c) équilibration de l'occlusion (43300, 43310);

  d) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631);

  e) appareil intra-oral pour l'articulation temporo mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741);

  f) irrigation parodontale sous-gingivale (49211);

  g) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229).

5.5.3 Ajustement d'une prothèse :

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

5.5.4 Réparations d'une prothèse complète ou partielle :

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

5.5.5 Rebasage et regarnissage :

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

5.5.6 Restriction concernant l'article 5.5.5

Ces services dentaires seront remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de six mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois ces services ne seront pas remboursables s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

5.6 Exclusions et réduction de la garantie

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

5.6.1 Les traitements dentaires gratuits ou ceux que la personne assurée n'est pas tenue de payer, ainsi que ceux qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalue des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif auquel la personne assurée pouvait être admissible, ou ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent contrat.

5.6.2 Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à un remboursement en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile* du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle la personne assurée a adhéré.

5.6.3 Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.

5.6.4 Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.

5.6.5 Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.

5.6.6 Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par la personne assurée ou pour remplir des formules de réclamation requises par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.

5.6.7 Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque la personne assurée exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec la personne assurée; pour consultation avec un autre dentiste.

5.6.8 Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la réinstruction d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire; pour tous protecteurs buccaux.

5.6.9 Les traitements dentaires reliés aux implants.

5.6.10 Les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

5.6.11 Les réclamations de toute personne assurée référant aux soins engagés d'après un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance soins dentaires ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.

De plus, les prestations de toute personne assurée référant aux soins engagés d'après un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.

5.7 Demande de prestations

La responsabilité de l'Assureur n'est engagée en vertu du présent contrat que 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 ci-dessus stipulé est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai, et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier de la présente garantie d'assurance.

5.8 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu 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 la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel la personne est considérée 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 celle des deux personnes conjointes assurées 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 personne conjointe.

5.9 Renseignements

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

5.10 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 toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

5.11 Exonération des primes

L'assurance d'une personne adhérente (et de ses personnes à charge, le cas échéant) qui devient invalide avant la date effective de la retraite est maintenue en vigueur sans paiement des primes tant que dure l'invalidité, pourvu que le contrat demeure en vigueur et qu'une telle personne adhérente invalide n'ait pas atteint l'âge de 65 ans.

L'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 52 semaines suivant le début de l'invalidité.

5.12 Terminaison

5.12.1 Sous réserve de l'article 5.11 « Exonération des primes », l'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

5.12.1.1 La date de terminaison du présent contrat ou de la présente garantie.

5.12.1.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois le transfert ou la mutation d'une personne adhérente dans un collège dont le contrat d'assurance relève du comité n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Pour une personne employée non permanente, l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat.

5.12.1.3 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.

5.12.1.4 La date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes.

5.12.2 Sous réserve de l'article 5.11 « Exonération des primes », l'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

5.12.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente dont elle est à charge.

5.12.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être considérée comme personne à charge suivant la définition 1.31 de l'article 1.

5.12.2.3 La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale ou monoparentale en une protection individuelle.

ARTICLE 6 - **GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ COURTE DURÉE**

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'une personne adhérente en vertu du présent contrat est devenue invalide, tel que défini à l'article 1.25, et après épuisement du délai de carence défini à l'article 6.2, l'Assureur verse à cette personne adhérente des prestations dont le montant et la périodicité sont déterminés suivant les termes des articles 6.3, 6.5 et 6.8.

6.1 **Période de prestations**

6.1.1 Personne adhérente devenue invalide avant le 1er janvier 2020

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini à l'article 6.2 et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite, aussi longtemps que la personne adhérente demeure invalide, jusqu'à concurrence d'une période maximale de 23 mois. Toutefois, si l'invalidité se termine au début ou pendant les vacances, les prestations seront versées jusqu'à la fin des vacances à moins qu'une date précise soit indiquée.

6.1.2 Personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2020 ou après

Le premier versement de prestations est payable à compter du 7e jour suivant l'expiration du délai de carence défini à l'article 6.2 et les versements suivants sont effectués à toutes les semaines par la suite, aussi longtemps que la personne adhérente demeure invalide, jusqu'à concurrence d'une période maximale de 23 mois. Toutefois, si l'invalidité se termine au début ou pendant les vacances, les prestations seront versées jusqu'à la fin des vacances à moins qu'une date précise soit indiquée.

Le paiement des prestations cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, dans l'éventualité où la présente garantie est enregistrée aux fins de réduction du taux de cotisation de l'assurance-emploi, la période maximale de prestations ne peut être inférieure à la période de prestations payable en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*.

6.2 **Délai de carence**

Signifie la période de 30 jours suivant le début de l'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

Toutefois, des dispositions particulières s'appliquent à des personnes ou catégories de personnes acceptées par le Preneur et apparaissant aux Annexes II, IV, VI, VII, VIII et IX.

6.3 Montant de prestations

Pour la personne adhérente devenue invalide avant le 1er janvier 2020, le montant initial de prestations payables en cas d'invalidité est égal à 80 % de son salaire net mensuel, le salaire net, tel que défini à l'article 1.43, étant celui établi au moment où s'épuisent les congés de maladie. Toutefois, les prestations sont limitées à 5 000 $ par mois.

Pour la personne adhérente devenue invalide entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2024, le montant initial de prestations payables en cas d'invalidité est égal à 80 % de son salaire net hebdomadaire, le salaire net, tel que défini à l'article 1.43, étant celui établi au moment où s'épuisent les congés de maladie. Toutefois, les prestations sont limitées à 5 000 $ par mois.

Pour la personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2025 ou après, le montant initial de prestations payables en cas d'invalidité est égal à 75 % de son salaire net hebdomadaire, le salaire net, tel que défini à l'article 1.43, étant celui établi au moment où s'épuisent les congés de maladie.

Le montant de prestations en cas d'invalidité, pour les semaines ou les jours suivant le dernier mois d'invalidité complète, se fractionne, le cas échéant :

- à raison de 12/52 pour une semaine complète d'invalidité;
- à raison de 1/5 du montant prévu pour une semaine complète par jour ouvrable au cours de la semaine normale de travail.

6.4 Changement du montant de prestations

Si le salaire de la personne adhérente est modifié, le changement dans le montant de prestations entre en vigueur au plus tard le jour de prise d'effet du changement de salaire ou, s'il est postérieur, le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur, à condition que la personne adhérente soit alors à son travail régulier ou, à défaut, lorsqu'elle reprend son occupation régulière.

6.5 Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations est ajusté annuellement au 1er janvier, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel aux fins de la présente garantie est limité à 3 %.

6.6 Exonération des primes

Les primes sont exonérées à compter du premier versement de prestations d'invalidité.

6.7 Durée de la protection

La protection est accordée sur une base de 24 heures par jour, 12 mois par année.

6.8 Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, les prestations sont réduites :

6.8.1 Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, y compris une rente de retraite du Régime de rentes du Québec que la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.

En ce qui concerne le Régime de rentes du Québec, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster, s'il y a lieu, le montant initial de la prestation d'invalidité (comprenant la rente de retraite pour invalidité) après que ce montant initial a été révisé par Retraite Québec.

6.8.2 Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile* et de tout autre régime public, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.

6.8.3 Du montant des prestations parentales payables par tout régime gouvernemental. Les prestations incluent les prestations de maternité, de paternité, d'adoption, pour congé parental ou pour raisons familiales.

6.8.4 De toute prestation payable en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.

6.8.5 De 50 % du montant brut de toute rente de retraite à laquelle la personne adhérente a droit. Toutefois, cette source d'intégration n'est pas applicable si la personne adhérente recevait cette rente de retraite avant le début de l'invalidité.

6.8.6 De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada qui est effectivement payée à la personne adhérente. Toutefois, cette source d'intégration n'est pas applicable si la personne adhérente recevait cette rente de retraite avant le début de l'invalidité.

6.9 Conditions préexistantes

Les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne doivent pas être exclues de ce seul fait.

6.10 Services de réadaptation

Sujet à une évaluation de l'Assureur, la personne adhérente peut bénéficier de services de réadaptation offerts par l'Assureur dont les coûts sont couverts par ce dernier.

6.11 Programme de réorientation professionnelle

6.11.1 L'assureur doit être informé et approuver toute participation à un programme de réorientation professionnelle.

6.11.2 Un programme de réorientation professionnelle peut seulement s'appliquer aux personnes adhérentes ayant été reconnues invalides permanentes à leur emploi régulier et qui veulent entreprendre un autre emploi rémunérateur.

6.11.3 La personne adhérente qui participe au programme de réorientation professionnelle continue de recevoir des prestations d'invalidité de l'Assureur. Ses prestations sont toutefois réduites d'un montant équivalent à 50 % du revenu net reçu pour sa nouvelle activité rémunératrice dans le cadre du programme de réorientation professionnelle.

6.11.4 Si le revenu de la personne adhérente provenant des prestations d'invalidité et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réorientation professionnelle excède 100 % du salaire net de base qu'elle percevrait si elle était de retour à son emploi régulier, les prestations d'invalidité sont alors réduites de cet excédent.

6.12 Retour progressif au travail

6.12.1 L'Assureur doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail.

6.12.2 La personne adhérente qui effectue un retour progressif au travail continue de toucher de l'Assureur les prestations d'invalidité décrites à l'article 6.12.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès :

a) l'expiration d'une période de 12 mois après le début du retour progressif au travail;

b) l'interruption du retour progressif au travail;

c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du retour progressif au travail.

6.12.3 Sous réserve de l'article 6.12.2, durant une période de retour progressif au travail, les prestations d'invalidité auxquelles la personne adhérente aurait droit sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail qu'elle effectue chaque semaine ou chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que la personne adhérente effectuait normalement avant de devenir invalide.

6.12.4 Sujet à l'acceptation du dossier d'invalidité par l'Assureur, la personne adhérente en retour progressif au travail peut bénéficier de l'exonération des primes si le retour progressif a débuté pendant le délai de carence tel que défini à l'article 6.2.

6.13 Prolongation

Si le contrat ou la garantie se termine alors qu'une ou plusieurs personnes adhérentes sont invalides, chaque personne adhérente alors invalide a droit aux prestations auxquelles elle aurait été admissible si le contrat ou la garantie était demeuré en vigueur.

6.14 Exclusions et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

6.14.1 D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.

6.14.2 D'une blessure ou d'une mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.

6.14.3 De sa participation active à un crime.

6.14.4 De jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de son rétablissement. Toutefois, cette exclusion ne s'applique que si elle ne contrevient pas à l'enregistrement du présent régime auprès de l'assurance emploi.

6.14.5 Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

6.15 Preuves d'invalidité

Dans les 30 jours suivant la date de l'accident ou du commencement de l'invalidité, la personne adhérente doit faire parvenir au siège social de l'Assureur des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont elle a été victime et de son invalidité.

Si la personne adhérente démontre qu'il lui était impossible de présenter de telles preuves dans le délai prescrit et qu'elles ont été produites aussitôt qu'il a été matériellement possible de le faire, la demande de prestations en vertu de la présente garantie est recevable.

Toutefois, si la personne adhérente ne se soumet pas à une telle demande de l'Assureur dans un délai de six mois, elle perd automatiquement le droit aux prestations en cas d'invalidité, relativement à telle invalidité, rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par l'Assureur.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande. Le fait pour la personne adhérente de ne pas fournir à l'Assureur toute preuve supplémentaire ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite de l'Assureur, prive cette personne adhérente, sous réserve du deuxième paragraphe du présent article, du droit aux prestations en cas d'invalidité, 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 de telles preuves supplémentaires ou de l'examen médical demandé.

La personne adhérente qui est en désaccord avec toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité doit en demander la révision dans les 30 jours ouvrables de la réception de ladite décision de l'Assureur et communiquer tout document additionnel, le cas échéant. L'Assureur rend sa décision dans les 20 jours ouvrables de la réception de cette demande de révision.

6.16 Arbitrage médical

La présente procédure se veut un processus consensuel par lequel l'Assureur et le Preneur entendent régler entre eux tout litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité d'une personne adhérente dans le but explicite d'éviter le recours aux tribunaux par rapport à ces questions.

La personne adhérente qui est en désaccord avec toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité doit en demander la révision dans les 30 jours ouvrables de la réception de ladite décision de l'Assureur et communiquer tout document additionnel, le cas échéant. L'Assureur rend sa décision dans les 20 jours ouvrables de la réception de cette demande de révision. Dans la mesure où la personne adhérente est en désaccord avec la décision révisée de l'Assureur, celle-ci peut choisir de la contester dans les 90 jours ouvrables suivant la réception de la décision révisée en transmettant à l'Assureur et au Preneur une demande d'arbitrage médical. Les délais du présent paragraphe s'appliquent à moins d'entente écrite entre l'Assureur et le Preneur.

Dans ce cas, un processus d'arbitrage médical doit avoir lieu selon les modalités ci-après décrites :

6.16.1 L'Assureur avise le Preneur ainsi que l'employeur de sa décision ainsi de la contestation de la personne adhérente.

6.16.2 L'Assureur, le Preneur et le médecin traitant de la personne adhérente collaborent pour convenir du choix d'un médecin-arbitre ainsi que du mandat à être confié à ce dernier. L'Assureur propose trois choix de médecin-expert spécialisés dans un domaine pertinent au diagnostic lié à l'invalidité en privilégiant ceux pratiquant au sein d'une firme d'expertise médicale indépendante. À défaut d'un accord, le médecin traitant pourra proposer jusqu'à trois autres choix, selon les mêmes termes. Advenant que les médecins experts proposés par le médecin traitant refusent le mandat d'arbitrage ou que le médecin conseil de l'Assureur ne soit pas en accord avec la proposition, un appel entre le médecin traitant et le médecin conseil aura lieu afin de trouver un accord.

6.16.3 L'Assureur et le Preneur envoient, de façon commune, le mandat au médecin-arbitre avec copie du présent texte; des copies du mandat sont transmises en même temps à la personne adhérente. L'Assureur transmet également au médecin arbitre l'entièreté des informations médicales qu'il détient.

6.16.4 Le médecin-arbitre rencontre la personne adhérente et l'examine s'il le juge à propos, le tout dans la langue officielle choisie par la personne adhérente, ou si cela s'avère impossible, en présence d'un traducteur.

6.16.5 La personne adhérente doit, le cas échéant, se présenter au rendez-vous fixé par le médecin-arbitre sous peine de perdre son droit aux prestations à moins d'un motif valable dont la preuve lui incombe.

6.16.6 La personne adhérente peut apporter au médecin-arbitre tout document qu'elle juge utile afin de lui permettre de rendre une décision éclairée.

6.16.7 Si la personne adhérente doit engager des frais de déplacement dans le cadre de son évaluation avec le médecin arbitre, elle peut demander remboursement à l'Assureur de certains frais raisonnables. Le remboursement sera effectué selon les barèmes du Preneur applicables au moment où les frais sont engagés.

6.16.8 Le médecin arbitre doit rendre sa décision par écrit dans les 60 jours de la rencontre avec la personne adhérente. Cette décision doit inclure la liste des documents médicaux qui lui ont été transmis.

6.16.9 Le médecin arbitre rend, dans la mesure du possible, sa décision par écrit dans la langue officielle choisie par la personne adhérente. Advenant que la langue de rédaction de la décision arbitrale ne soit pas la langue choisie par la personne adhérente pour le traitement de son dossier entre les deux langues officielles du Canada, l'Assureur s'engage à faire traduire le rapport d'expertise.

6.16.10 Le médecin-arbitre envoie copie de sa décision à l'Assureur et au Preneur, ainsi qu'à la personne adhérente à moins qu'il ne juge cet envoi médicalement contre indiqué, auquel cas il fait parvenir au médecin traitant la copie prévue pour la personne adhérente.

6.16.11 Les copies transmises à l'Assureur et au Preneur ne contiennent que :

a) la liste des documents médicaux fournis;

b) la durée de l'examen;

c) la coopération ou non de la personne adhérente;

d) le diagnostic;

e) le cas échéant, le pronostic;

f) les recommandations médico-administratives;

g) les réponses aux autres questions faisant partie du mandat et de façon explicite n'incluent pas l'historique médical, les antécédents familiaux, ou tout renseignement qui pourrait porter sur une personne autre que la personne adhérente.

6.16.12 La décision du médecin-arbitre est finale et sans appel, exécutoire et lie l'Assureur, le Preneur, ainsi que la personne adhérente et élimine donc tout recours aux tribunaux à moins que le médecin-arbitre ne soulève une problématique relevant d'une autre spécialité que la sienne et qu'il détermine, dans sa décision écrite, qu'un second arbitrage de cette autre spécialité est nécessaire pour trancher le litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité. Dans ce cas, un nouvel arbitrage médical a lieu impliquant un médecin-arbitre de la spécialité concernée et uniquement sur ce volet précis.

6.16.13 Sans préjudice aux droits de l'Assureur, la personne adhérente a droit, à partir de la transmission d'une demande d'arbitrage et d'adhésion à la convention d'arbitrage, à des allocations compensatoires équivalentes aux prestations d'invalidité qui lui auraient été versées si la personne adhérente avait été reconnue invalide, et ce jusqu'au mois suivant la réception de la décision écrite du médecin arbitre qui reconnaît l'inexistence ou la cessation d'une invalidité de la personne adhérente, mais jusqu'à concurrence d'une période maximale de six mois, selon la première des deux éventualités.

6.16.14 Les frais et honoraires du médecin-arbitre ne sont pas à la charge de la personne adhérente. La facturation est faite à l'Assureur.

6.16.15 Si la décision du médecin-arbitre amène une fin de l'allocation compensatoire durant la période de vacances du calendrier scolaire de l'établissement de la personne adhérente, celle-ci sera versée jusqu'à la fin de cette période de vacances.

6.16.16 Si la décision arbitrale reconnaît l'existence ou la continuation de l'invalidité, l'Assureur débutera le versement des prestations d'invalidité prévues au contrat rétroactivement à la date de refus ou de cessation des paiements, mais en soustrayant les allocations compensatoires versées conformément à l'article 6.16.13.

6.17 Terminaison

Sous réserve de l'article 6.13 intitulé « Prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

6.17.1 La date de l'annulation du présent contrat ou de la garantie.

6.17.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Une personne employée non permanente au sens de la convention collective est présumée en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'elle n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.

6.17.3 La date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

6.17.4 La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée sous réserve de l'article 6.6 « Exonération des primes ».

6.17.5 La fin de la période de cinq ans qui suit la fin de son invalidité pour une personne employée admissible selon l'article 2.1.7.

ARTICLE 7 - **GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE**

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'une personne adhérente en vertu du présent contrat est devenue invalide, tel que défini à l'article 1.25, et après épuisement du délai de carence défini à l'article 7.2, l'Assureur verse à cette personne adhérente des prestations mensuelles dont le montant est déterminé suivant les termes des articles 7.3, 7.5 et 7.8.

7.1 **Période de prestations**

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini à l'article 7.2 et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite, aussi longtemps que la personne adhérente demeure invalide. Toutefois, si l'invalidité se termine au début ou pendant les vacances, les prestations seront versées jusqu'à la fin des vacances à moins qu'une date précise ne soit indiquée.

Le paiement des prestations cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

7.2 **Délai de carence**

Les prestations mensuelles sont payables à l'expiration du délai de carence, lequel prend fin à la dernière des dates suivantes :

7.2.1 La fin des 104 premières semaines d'invalidité totale d'une même période d'invalidité totale, plus l'épuisement de la réserve des congés de maladie, le cas échéant;

7.2.2 La fin du paiement des prestations d'invalidité prévues par la convention collective;

7.2.3 La fin du paiement des prestations d'invalidité prévues par un autre régime collectif d'assurance invalidité ou par une autre convention collective à laquelle la personne adhérente est admissible lorsqu'elle bénéficie d'un congé sans solde pour exercer un autre emploi rémunérateur.

7.3 **Montant de prestations**

7.3.1 Personne adhérente devenue invalide avant le 1er juillet 1996

Le montant initial des prestations mensuelles payables en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égal à 70 % des premiers 2 500 $ de son salaire mensuel et 50 % de l'excédent, le salaire étant celui que la personne adhérente aurait eu à la fin du délai de carence, tel que prévu à sa convention collective, si elle n'était pas devenue invalide. Toutefois, les prestations sont limitées à 5 000 $ par mois.

7.3.2 Personne adhérente devenue invalide entre le 1er juillet 1996 et le 31 décembre 2024

Le montant initial des prestations mensuelles payables en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égal à 80 % de son salaire net mensuel, le salaire net, tel que défini à l'article 1.43, étant celui que la personne adhérente aurait eu à la fin du délai de carence, tel que prévu à sa convention collective, si elle n'était pas devenue invalide. Toutefois, les prestations sont limitées à 5 000 $ par mois.

7.3.3 Personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2025 ou après

Le montant initial des prestations mensuelles payables en cas d'invalidité d'une personne adhérente est égal à 75 % de son salaire net mensuel, le salaire net, tel que défini à l'article 1.43, étant celui que la personne adhérente aurait eu à la fin du délai de carence, tel que prévu à sa convention collective, si elle n'était pas devenue invalide.

Le montant des prestations en cas d'invalidité, pour les jours suivant le dernier mois d'invalidité complet, se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 du montant prévu mensuellement.

7.4 Changement du montant de prestations

Si le salaire d'une personne adhérente ne recevant pas des prestations en vertu de la présente garantie est modifié, le changement dans le montant des prestations d'invalidité entre en vigueur au plus tard le jour de prise d'effet du changement de salaire ou, s'il est postérieur, le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur.

Toutefois, dans le cas d'une affectation temporaire, le montant des prestations d'invalidité est basé sur le salaire que la personne adhérente aurait reçu sans ladite affectation.

7.5 Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté annuellement au 1er janvier, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel aux fins de cette garantie est limité à 6 %.

Lorsqu'en vertu de la clause 7.8, il y a intégration d'une rente en décembre, l'indexation est établie à partir des prestations versées durant ce mois. L'indexation ainsi calculée est ensuite additionnée au montant de la prestation mensuelle de janvier.

7.6 Exonération des primes

Pour la personne adhérente devenue invalide avant le 1er janvier 2025, l'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

Pour la personne adhérente devenue invalide le 1er janvier 2025 ou après, l'exonération des primes est applicable après l'expiration d'une période de 52 semaines suivant le début de l'invalidité.

Toutefois, des dispositions particulières s'appliquent aux personnes chargées d'enseignement de l'Université Laval, lesquelles dispositions sont prévues à l'Annexe IV jointe au présent contrat.

7.7 Durée de la protection

La protection est accordée sur une base de 24 heures par jour, 12 mois par année.

7.8 Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, les prestations sont réduites :

7.8.1 Du montant initial de toutes prestations d'invalidité de base en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, y compris une rente de retraite du Régime de rentes du Québec que la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité. Cela comprend les prestations d'invalidité qui sont effectivement payées ou celles qui seraient payées à la personne adhérente si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée. Une réponse négative du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, le cas échéant, ne prive aucunement la personne adhérente du droit à ses prestations.

La personne adhérente a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité et, s'il y a lieu, de rente de retraite pour invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de la personne adhérente entraînera la réduction des prestations telle que décrite au paragraphe précédent.

Les augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation ne seront pas considérées.

En ce qui concerne le Régime de rentes du Québec, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster, s'il y a lieu, le montant initial de la prestation d'invalidité (comprenant la rente de retraite pour invalidité) après que ce montant initial a été révisé par Retraite Québec.

7.8.2 De toute prestation payable en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.

7.8.3 De 50 % du montant brut de toute rente de retraite à laquelle la personne adhérente a droit. Toutefois, cette source d'intégration n'est pas applicable si la personne adhérente recevait cette rente de retraite avant le début de l'invalidité.

L'Assureur peut demander à la personne adhérente invalide de présenter une demande de rente de retraite auprès de l'autorité concernée, si la personne adhérente invalide remplit les trois critères suivants :

a) être éligible à une rente de retraite sans réduction;

b) avoir terminé la période d'exonération au régime de retraite en cas d'invalidité;

c) avoir obtenu la garantie que l'Assureur ne remette plus en cause l'état d'invalidité.

Dans le cas où la personne adhérente invalide refuse de présenter une telle demande ou à la suite d'un délai de six mois, la rente de retraite utilisée pour réduire les prestations d'invalidité sera estimée de la façon suivante :

a) selon l'état de participation au régime de retraite; cet état doit être fourni par la personne adhérente; sinon

b) 70 % du salaire effectif au début de l'invalidité.

La rente de retraite ainsi estimée pourra être corrigée de façon rétroactive, pour une période maximale de six mois, dans le cas où la personne adhérente invalide décide de présenter sa demande de rente de retraite ou de fournir à l'Assureur son état de participation au régime de retraite.

7.8.4 Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile*, de la *Loi sur l'assurance-emploi* et de tout autre régime public, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.

7.8.5 De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada qui est effectivement payée à la personne adhérente. Toutefois, cette source d'intégration n'est pas applicable si la personne adhérente recevait cette rente de retraite avant le début de l'invalidité.

7.8.6 Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité ayant débuté le ou après le 1er janvier 2008, les prestations sont réduites :

De 50 % du montant brut provenant d'une activité rémunératrice effectuée par une personne adhérente invalide subséquemment au début de son invalidité. Le montant brut sujet à intégration est établi par la transmission de la personne adhérente invalide à l'Assureur de sa déclaration de revenus et des avis de cotisations qui ont suivi.

7.9 Conditions préexistantes

Les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur de ce contrat ne doivent pas être exclues de ce seul fait.

7.10 Services de réadaptation

Sujet à une évaluation de l'Assureur, la personne adhérente peut bénéficier de services de réadaptation offerts par l'Assureur dont les coûts sont couverts par ce dernier.

7.11 Programme de réorientation professionnelle

7.11.1 L'assureur doit être informé et approuver toute participation à un programme de réorientation professionnelle.

7.11.2 Un programme de réorientation professionnelle peut seulement s'appliquer aux personnes adhérentes ayant été reconnues invalides permanentes à leur emploi régulier et qui veulent entreprendre un autre emploi rémunérateur.

7.11.3 La personne adhérente qui participe au programme de réorientation professionnelle continue de recevoir des prestations d'invalidité de l'Assureur. Ses prestations sont toutefois réduites d'un montant équivalent à 50 % du revenu net reçu pour sa nouvelle activité rémunératrice dans le cadre du programme de réorientation professionnelle.

7.11.4 Si le revenu de la personne adhérente provenant des prestations d'invalidité et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réorientation professionnelle excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était de retour à son emploi régulier, les prestations mensuelles d'invalidité sont alors réduites de cet excédent.

7.12 Retour progressif au travail

7.12.1 L'Assureur doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail.

7.12.2 La personne adhérente qui effectue un retour progressif au travail continue de toucher de l'Assureur les prestations mensuelles d'invalidité décrites à l'article 7.12.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès :

b) l'expiration d'une période de 12 mois après le début du retour progressif au travail;

Toute période de retour progressif effectuée durant le délai de carence de la présente garantie est prise en compte dans le calcul de la période maximale de 12 mois.

b) l'interruption du retour progressif au travail;

c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du retour progressif au travail.

7.12.3 Sous réserve de l'article 7.12.2, durant une période de retour progressif au travail, les prestations mensuelles d'invalidité sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que la personne adhérente effectue chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que la personne adhérente effectuait normalement chaque mois avant de devenir invalide.

7.12.4 Sujet à l'acceptation du dossier d'invalidité par l'Assureur, la personne adhérente en retour progressif au travail peut bénéficier de l'exonération des primes si le retour progressif a débuté pendant le délai de carence tel que défini à l'article 7.2.

7.13 Prolongation

Si le contrat se termine alors qu'un ou plusieurs personnes adhérentes sont invalides, chaque personne adhérente alors invalide a droit aux prestations auxquelles elle aurait été admissible si le contrat était demeuré en vigueur.

7.14 Exclusions et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

7.14.1 De l'exercice de toute fonction de l'équipage d'un aéronef commercial, sauf s'il agit en tant que personne employée d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ-CSN et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.

7.14.2 D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.

7.14.3 D'une blessure ou d'une mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.

7.14.4 De sa participation active à un crime.

7.14.5 D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de son rétablissement.

7.14.6 Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

7.15 Preuves d'invalidité

La personne adhérente du secteur public doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont elle a été victime et de son invalidité, après 18 mois, mais avant 21 mois suivant la date de l'accident ou du commencement de l'invalidité. Le fait pour une personne adhérente du secteur privé ou universitaire de présenter des preuves de persistance de l'invalidité en vertu de la garantie d'assurance invalidité courte durée constitue une preuve suffisante en vertu de la présente garantie.

Si la personne adhérente démontre qu'il lui était impossible de présenter de telles preuves dans le délai prescrit et qu'elles ont été produites aussitôt qu'il a été matériellement possible de le faire, la demande de prestations en vertu de la présente garantie est recevable.

Toutefois, si la personne adhérente ne se soumet pas à telle demande de l'Assureur dans un délai de six mois, elle perd automatiquement le droit aux prestations en cas d'invalidité, relativement à telle invalidité, rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par l'Assureur.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande, et ce, relativement à toute personne adhérente invalide. Le fait de ne pas fournir à l'Assureur toute preuve supplémentaire ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite de l'Assureur, prive cette personne adhérente, sous réserve du deuxième paragraphe du présent article, du droit aux prestations en cas d'invalidité, 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 de telles preuves supplémentaires ou des résultats de l'examen médical demandé. De plus, si l'Assureur ne reçoit pas de telles preuves ou les résultats de l'examen médical demandé dans un délai de six mois, la personne adhérente perd le droit définitivement à toute prestation en vertu de ladite invalidité.

La personne adhérente qui est en désaccord avec toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité doit en demander la révision dans les 30 jours ouvrables de la réception de ladite décision de l'Assureur et communiquer tout document additionnel, le cas échéant. L'Assureur rend sa décision dans les 20 jours ouvrables de la réception de cette demande de révision.

De plus, l'employeur devra rapporter à l'Assureur, sur demande de celui-ci, toute invalidité qui aura duré plus de six mois relativement aux personnes adhérentes invalides du secteur public.

7.16 Arbitrage médical

La présente procédure se veut un processus consensuel par lequel l'Assureur et le Preneur entendent régler entre eux tout litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité d'une personne adhérente dans le but explicite d'éviter le recours aux tribunaux par rapport à ces questions.

La personne adhérente qui est en désaccord avec toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité doit en demander la révision dans les 30 jours ouvrables de la réception de ladite décision de l'Assureur et communiquer tout document additionnel, le cas échéant. L'Assureur rend sa décision dans les 20 jours ouvrables de la réception de cette demande de révision. Dans la mesure où la personne adhérente est en désaccord avec la décision révisée de l'Assureur, celle-ci peut choisir de la contester dans les 90 jours ouvrables suivant la réception de la décision révisée en transmettant à l'Assureur et au Preneur une demande d'arbitrage médical. Les délais du présent paragraphe s'appliquent à moins d'entente écrite entre l'Assureur et le Preneur.

Dans ce cas, un processus d'arbitrage médical doit avoir lieu selon les modalités ci-après décrites :

7.16.1 L'Assureur avise le Preneur ainsi que l'employeur de sa décision ainsi de la contestation de la personne adhérente.

7.16.2 L'Assureur, le Preneur et le médecin traitant de la personne adhérente collaborent pour convenir du choix d'un médecin-arbitre ainsi que du mandat à être confié à ce dernier. L'Assureur propose trois choix de médecin-expert spécialisés dans un domaine pertinent au diagnostic lié à l'invalidité en privilégiant ceux pratiquant au sein d'une firme d'expertise médicale indépendante. À défaut d'un accord, le médecin traitant pourra proposer jusqu'à trois autres choix, selon les mêmes termes. Advenant que les médecins experts proposés par le médecin traitant refusent le mandat d'arbitrage ou que le médecin conseil de l'Assureur ne soit pas en accord avec la proposition, un appel entre le médecin traitant et le médecin conseil aura lieu afin de trouver un accord.

7.16.3 L'Assureur et le Preneur envoient, de façon commune, le mandat au médecin-arbitre avec copie du présent texte; des copies du mandat sont transmises en même temps à la personne adhérente. L'Assureur transmet également au médecin arbitre l'entièreté des informations médicales qu'il détient.

7.16.4 Le médecin-arbitre rencontre la personne adhérente et l'examine s'il le juge à propos, le tout dans la langue officielle choisie par la personne adhérente, ou si cela s'avère impossible, en présence d'un traducteur.

7.16.5 La personne adhérente doit, le cas échéant, se présenter au rendez-vous fixé par le médecin-arbitre sous peine de perdre son droit aux prestations à moins d'un motif valable dont la preuve lui incombe.

7.16.6 La personne adhérente peut apporter au médecin-arbitre tout document qu'elle juge utile afin de lui permettre de rendre une décision éclairée.

7.16.7 Si la personne adhérente doit engager des frais de déplacement dans le cadre de son évaluation avec le médecin arbitre, elle peut demander remboursement à l'Assureur de certains frais raisonnables. Le remboursement sera effectué selon les barèmes du Preneur applicables au moment où les frais sont engagés.

7.16.8 Le médecin arbitre doit rendre sa décision par écrit dans les 60 jours de la rencontre avec la personne adhérente. Cette décision doit inclure la liste des documents médicaux qui lui ont été transmis.

7.16.9 Le médecin arbitre rend, dans la mesure du possible, sa décision par écrit dans la langue officielle choisie par la personne adhérente. Advenant que la langue de rédaction de la décision arbitrale ne soit pas la langue choisie par la personne adhérente pour le traitement de son dossier entre les deux langues officielles du Canada, l'Assureur s'engage à faire traduire le rapport d'expertise.

7.16.10 Le médecin-arbitre envoie copie de sa décision à l'Assureur et au Preneur, ainsi qu'à la personne adhérente à moins qu'il ne juge cet envoi médicalement contre indiqué, auquel cas il fait parvenir au médecin traitant la copie prévue pour la personne adhérente.

7.16.11 Les copies transmises à l'Assureur et au Preneur ne contiennent que :

a) la liste des documents médicaux fournis;

b) la durée de l'examen;

c) la coopération ou non de la personne adhérente;

d) le diagnostic;

e) le cas échéant, le pronostic;

f) les recommandations médico-administratives;

g) les réponses aux autres questions faisant partie du mandat et de façon explicite n'incluent pas l'historique médical, les antécédents familiaux, ou tout renseignement qui pourrait porter sur une personne autre que la personne adhérente.

7.16.12 La décision du médecin-arbitre est finale et sans appel, exécutoire et lie l'Assureur, le Preneur, ainsi que la personne adhérente et élimine donc tout recours aux tribunaux à moins que le médecin-arbitre ne soulève une problématique relevant d'une autre spécialité que la sienne et qu'il détermine, dans sa décision écrite, qu'un second arbitrage de cette autre spécialité est nécessaire pour trancher le litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité. Dans ce cas, un nouvel arbitrage médical a lieu impliquant un médecin-arbitre de la spécialité concernée et uniquement sur ce volet précis.

7.16.13 Sans préjudice aux droits de l'Assureur, la personne adhérente a droit, à partir de la transmission d'une demande d'arbitrage et d'adhésion à la convention d'arbitrage, à des allocations compensatoires équivalentes aux prestations d'invalidité qui lui auraient été versées si la personne adhérente avait été reconnue invalide, et ce jusqu'au mois suivant la réception de la décision écrite du médecin arbitre qui reconnaît l'inexistence ou la cessation d'une invalidité de la personne adhérente, mais jusqu'à concurrence d'une période maximale de six mois, selon la première des deux éventualités.

7.16.14 Les frais et honoraires du médecin-arbitre ne sont pas à la charge de la personne adhérente. La facturation est faite à l'Assureur.

7.16.15 Si la décision du médecin-arbitre amène une fin de l'allocation compensatoire durant la période de vacances du calendrier scolaire de l'établissement de la personne adhérente, celle-ci sera versée jusqu'à la fin de cette période de vacances.

7.16.16 Si la décision arbitrale reconnaît l'existence ou la continuation de l'invalidité, l'Assureur débutera le versement des prestations d'invalidité prévues au contrat rétroactivement à la date de refus ou de cessation des paiements, mais en soustrayant les allocations compensatoires versées conformément à l'article 7.16.13.

7.17 Terminaison

Sous réserve de l'article 7.13 intitulé « Prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

7.17.1 La date de l'annulation du présent contrat ou de la garantie.

7.17.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité. Toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Une personne employée non permanente au sens de la convention collective est présumée en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder deux mois de la date de fin de son contrat, à moins qu'elle n'abandonne sa protection, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.

7.17.3 La date effective de sa retraite. Toutefois, une personne invalide qui demande sa rente de retraite avant 65 ans continue de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

7.17.4 La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée sous réserve de l'article 7.6 « Exonération des primes ».

7.17.5 La date de la réception par l'Assureur ou la date de terminaison inscrite dans un avis écrit de la personne adhérente, selon la plus éloignée des deux, qui désire mettre fin à son assurance, selon les modalités prévues pour le droit de renonciation.

7.17.6 La fin de la période de cinq ans qui suit la fin de son invalidité pour une personne employée admissible selon l'article 2.1.7.

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

8.1 Changement de politique gouvernementale

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

8.2 Paiement des primes

La première prime, en vertu du présent contrat, est payable au début de la période de facturation au cours de laquelle le contrat entre en vigueur; les autres primes, au début de chaque période de facturation subséquente.

La prime payable en vertu de ce contrat est remise à l'Assureur par l'employeur au début de chaque période de facturation. Le montant de la prime est égal à la somme des primes dues pour chaque personne adhérente au début de ladite période de facturation.

La prime est établie selon le taux de prime qui est applicable à la personne adhérente au premier jour de la période de paie.

Aucune prime n'est payable pour une période de facturation au premier jour de laquelle la personne adhérente n'est pas assurée; de même, la pleine prime est payable pour une période de facturation au cours de laquelle la personne adhérente cesse d'être assurée.

8.3 Délai de grâce

L'Assureur accorde à l'employeur un délai de 60 jours suivant la date à laquelle toute prime devient exigible sauf la première. Advenant qu'une prime soit impayée après tel délai, un intérêt, selon un taux annuel d'intérêt égal à la moyenne arithmétique du taux moyen de rendement sur les obligations du Canada d'une durée de trois à cinq ans (série V121756), pris à la fin de chaque mois de l'année d'assurance, arrondie au multiple de 1/4 de 1 % qui précède ou coïncide avec cette moyenne, sera ajouté au montant des primes dues.

8.4 Taux de primes

Les taux de primes décrits au tableau de primes peuvent être modifiés par l'Assureur à chaque date de renouvellement du contrat, mais aucune modification ne peut être effectuée à moins d'être précédée d'un préavis d'au moins 150 jours.

8.5 Tableau des primes

Les taux de primes sont par période de 14 jours.

8.5.1 Garantie d'assurance vie de base

a) 0,0568 $ par 1 000 $ d'assurance vie de base de la personne adhérente
b) 0,59 $ par famille pour l'assurance vie de base des personnes à charge
c) 1,67 $ pour l'assurance maladies graves de la personne adhérente

8.5.2 Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Les taux sont par 1 000 $ d'assurance et sont basés sur l'âge, le sexe et les habitudes tabagiques de la personne assurée.

Âge	Taux par 1 000 $ d'assurance			
	Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeuse	Fumeuse
Moins de 25 ans	0,017 $	0,025 $	0,010 $	0,012 $
25 à 29 ans	0,017 $	0,025 $	0,010 $	0,012 $
30 à 34 ans	0,017 $	0,026 $	0,010 $	0,012 $
35 à 39 ans	0,023 $	0,029 $	0,012 $	0,014 $
40 à 44 ans	0,033 $	0,049 $	0,017 $	0,025 $
45 à 49 ans	0,055 $	0,080 $	0,025 $	0,038 $
50 à 54 ans	0,084 $	0,126 $	0,048 $	0,057 $
55 à 59 ans	0,134 $	0,207 $	0,072 $	0,113 $
60 à 64 ans	0,226 $	0,327 $	0,111 $	0,167 $
65 à 69 ans	0,312 $	0,509 $	0,175 $	0,262 $
70 à 74 ans	0,551 $	0,792 $	0,286 $	0,367 $
75 ans et plus	1,254 $	1,346 $	0,752 $	0,791 $

8.5.3 Garantie d'assurance maladie

Plan de protection	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
Personnes adhérentes de moins de 65 ans			
Individuel	60,95 $	88,34 $	113,07 $
Monoparental	91,43 $	132,50 $	169,60 $
Familial	146,28 $	212,01 $	271,37 $
Personnes adhérentes de 65 ans ou plus inscrites à la RAMQ			
Individuel	22,32 $	32,35 $	41,41 $
Monoparental	33,48 $	48,53 $	62,11 $
Familial	53,57 $	77,64 $	99,38 $
Prime additionnelle pour les personnes adhérentes de 65 ans ou plus non inscrites à la RAMQ			
Individuel	164,38 $		
Monoparental	164,38 $		
Familial	328,79 $		

8.5.4 Garantie d'assurance soins dentaires

Plan de protection	Protection de base (Option 1)	Protection enrichie (Option 2)
Individuel	13,41 $	17,84 $
Monoparental	25,49 $	33,90 $
Familial	32,19 $	42,82 $

8.5.5 Garantie d'assurance invalidité de courte durée

Nom de l'institution	Taux par 1 000 $ de salaire
Université Laval	0,279 $
Collège Lasalle	0,500 $
Collège Trinité	0,570 $
Collège Universel	0,570 $
ITHQ	0,113 $
ITAQ	0,113 $
Autres collèges et universités	0,468 $

8.5.6 Garantie d'assurance invalidité de longue durée

0,440 $ par 1 000 $ de salaire

ARTICLE 9 - **RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT OU D'UNE DES GARANTIES**

9.1 À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce tel que stipulé à l'article 8, l'Assureur peut donner un avis à cet effet au Preneur et si telle prime n'est pas payée dans les cinq jours qui suivent la réception de tel avis, le contrat est automatiquement terminé à compter de la date d'échéance de la prime impayée.

9.2 Le Preneur ou l'Assureur peuvent résilier le contrat à toute date de renouvellement en donnant par écrit à l'autre partie un préavis d'au moins 30 jours pour le Preneur et de 90 jours pour l'Assureur. À défaut de tels préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement.

9.3 L'Assureur se réserve le droit d'annuler la garantie d'assurance vie, et ce, en tout temps, avec un préavis d'au moins 90 jours si, après la date d'entrée en vigueur du présent contrat, le pourcentage de personnes employées admissibles alors assurées en vertu de cette garantie devient inférieur à 50 %.

9.4 L'Assureur se réserve le droit d'annuler la garantie d'assurance invalidité de longue durée, et ce, en tout temps, avec un préavis d'au moins 90 jours si, après la date d'entrée en vigueur du présent contrat, le pourcentage de personnes employées admissibles alors assurées en vertu de cette garantie devient inférieur à 50 %.

9.5 Tout syndicat joignant la FNEEQ-CSN et qui adhère aux régimes disponibles en vertu de ce contrat et selon leurs dispositions applicables doit le faire pour une période minimale de 36 mois. Après cette période, le syndicat peut cesser sa participation dans les 31 jours précédant la date de renouvellement du présent contrat.

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 s'appliquent alors à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

ARTICLE 11 - **STIPULATIONS DIVERSES**

11.1 Tout préavis donné par l'Assureur au Preneur est suffisant si l'Assureur l'envoie par la poste (sous pli recommandé pour un préavis spécifié aux articles 8.1, 9.1 à 9.4) au Preneur à son adresse telle qu'elle figure dans les dossiers de l'Assureur. Tout préavis donné par le Preneur est suffisant si le Preneur l'envoie par la poste (sous pli recommandé pour un préavis spécifié à l'article 9.2) à l'Assureur à l'adresse de son siège social à Québec (Québec).

11.2 Aucune action en justice au sujet d'une demande de prestation en vertu du présent contrat ne peut être intentée contre l'Assureur en dehors des délais prévus dans la *Loi sur les assurances*.

11.3 L'Assureur est tenu de fournir des attestations et l'employeur convient de les remettre à chacune des personnes adhérentes aux termes du présent contrat. De plus, sur demande spécifique et moyennant des frais raisonnables autres que ceux prévus à la formule de rétention, l'Assureur fournira, dans les plus brefs délais possibles, tout renseignement ou rapport jugé nécessaire par le Preneur.

11.4 Comme condition préalable à l'octroi de prestations, l'Assureur peut exiger que la personne assurée lui cède les droits d'indemnisation qui sont dus à ladite personne assurée par l'auteur de dommages (accident ou maladie), et ce, jusqu'à concurrence du montant dû à ladite personne assurée par l'Assureur en vertu du présent contrat.

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 de ce contrat.

11.6 Tout paiement de prime relativement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant court au Canada, au siège social de l'Assureur. Tout paiement de prestation relativement au présent contrat est effectué en monnaie du Canada.

11.7 Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par personne assurée, soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat, ne liera l'Assureur.

11.8 Les droits aux prestations d'une personne assurée cessent automatiquement si telle personne assurée tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude toute prestation en vertu de ce contrat. L'Assureur sera alors immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles subis après la date de cessation desdits droits.

11.9 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur, pendant la durée du présent contrat, tout renseignement que l'Assureur peut normalement lui demander pour l'application du présent contrat.

11.10 L'employeur se doit de permettre à l'Assureur d'examiner ses feuilles de paie et autres dossiers du personnel qui pourraient avoir rapport à l'adhésion au présent contrat de personnes employées et de personnes à charge admissibles.

11.11 Advenant qu'une diminution des protections des régimes d'État augmente l'étendue de la protection au présent contrat, les dispositions de ce dernier continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été diminuées, et ce, jusqu'à ce qu'une entente intervienne entre les parties contractantes pour modifier les taux de prime en conséquence.

ARTICLE 12 - **EFFET DU CONTRAT**

Le présent contrat est complet par lui-même et représente entièrement l'intention des parties. Il est présumé comprendre les éléments essentiels du cahier des charges, de l'offre de service et des ententes écrites intervenues. Ces documents ne font pas partie du contrat et ne peuvent servir qu'à en expliquer la portée, en cas d'ambiguïté. Dans le cas de contradiction, le contrat prévaut.

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation et, occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et des versions antérieures des contrats numéro 001008 ou 001010. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

De plus, le 31 décembre 2025 ne doit pas être considéré comme une date de terminaison de contrat, à toutes fins que de droit, mais comme une date de renouvellement. Cependant, le 28 février 1999 doit être considéré comme une date de terminaison du contrat 001010 aux fins du calcul des crédits d'expérience.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE I PERSONNES ENSEIGNANTES CHARGÉES DE COURS DES CÉGEPS

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes chargées de cours représentées par un syndicat adhérant au présent contrat et dont l'assemblée générale a décidé, par suite d'un vote majoritaire, de leur adhésion. Le syndicat doit aviser les preneurs du contrat par écrit. L'assurance entre en vigueur le 1er jour du mois suivant la date de réception dudit avis, si celui-ci est reçu avant le 15 du mois. Sinon, l'assurance entre en vigueur le 1er jour du 2e mois suivant.

2. Les personnes enseignantes chargées de cours qui ont atteint trois années d'ancienneté selon la liste d'ancienneté officielle sont admissibles l'année civile suivant l'année scolaire où leur charge totale établie selon la relation suivante atteint 1 : CI / 80 + (nombre de périodes d'enseignement) / 450. Pour conserver son admissibilité, la charge totale de la personne adhérente chargée de cours doit atteindre 0,6 chaque année scolaire selon la même relation. Si, pour une année scolaire donnée, la charge totale de la personne adhérente n'atteint pas 0,6 selon la même relation, elle n'est plus admissible à l'assurance l'année civile suivante. La personne adhérente chargée de cours redevient admissible l'année civile suivant l'année scolaire où sa charge totale atteint 0,6 selon la même relation.

3. L'adhésion aux garanties d'assurance vie de base et d'assurance vie des personnes à charge est facultative.

4. L'adhésion à la garantie d'assurance maladie est obligatoire pour toute personne employée qui remplit les conditions d'admissibilité et pour ses personnes à charge, le cas échéant.

5. L'adhésion aux garanties d'assurance invalidité de courte durée et d'assurance invalidité de longue durée est obligatoire pour toute personne employée qui remplit les conditions d'admissibilité.

   La personne adhérente chargée de cours peut toutefois, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à la garantie d'assurance invalidité de courte durée ou à la garantie d'assurance invalidité de longue durée à la condition qu'elle atteste être assurée en vertu d'un contrat collectif d'assurance ou qu'elle atteste qu'elle n'acceptera aucune charge de cours pour une période de six mois durant l'année civile assurable. Dans ce cas, la personne chargée de cours devra obtenir une charge totale de 1 durant une année scolaire pour être admissible à nouveau.

6. L'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle est facultative pour la personne adhérente et sa personne conjointe.

7. Les primes et protections qui sont calculées en fonction du salaire sont établies selon l'échelle de salaire applicable aux personnes enseignantes à temps plein, c'est-à-dire le taux horaire de la personne enseignante chargée de cours multiplié par 525 heures.

   Lorsque la personne enseignante chargée de cours est aussi admissible en vertu de la clause 2.1.1 du présent contrat chez le même employeur, le salaire annuel à temps plein établi selon le calcul mentionné ci-haut doit être réduit du pourcentage de tâche de la charge permettant l'admissibilité en vertu de la clause 2.1.1, et ce, en utilisant la formule suivante :

   Taux horaire de chargé de cours x 525 h – (taux horaire de chargé de cours x 525 h x **pourcentage de tâche visé par la clause 2.1.1**).

   Exemple de calcul du salaire à utiliser pour une personne enseignante chargée de cours ayant une tâche à 50 % dans un poste visé par la clause 2.1.1 avec un taux horaire de chargé de cours de 70,54 $ de l'heure :

   70,54 $ x 525 h – (70,54 $ x 525 h x **0,5**)

8. Les modalités de paiement des primes doivent être établies entre le syndicat et l'employeur. Les primes sont ensuite transmises de façon usuelle par l'employeur à l'Assureur.

9. Tous les calculs d'heures sont effectués en tenant compte des heures qui auraient été effectuées n'eût été des absences prévues à la convention collective.

10. Toutes les autres dispositions prévues au contrat s'appliquent, sauf s'il y a mention à l'effet contraire dans la présente annexe.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE II PERSONNES ENSEIGNANTES ET PERSONNES CHARGÉES DE COURS DU COLLÈGE LASALLE

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes et aux personnes chargées de cour du Collège LaSalle qui se joignent au présent contrat.

2. Pour les personnes enseignantes, les règles d'admissibilité et de participation prévues au contrat s'appliquent.

3. Les personnes chargées de cours sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat si elles détiennent un contrat de travail prévoyant une charge minimale d'enseignement de 15 heures par semaine.

   Si la personne chargée de cours devient admissible au cours de la session d'hiver, la période d'assurance s'étend du 1er février au 31 août alors que si la personne devient admissible au cours de la session d'automne, la période d'assurance s'étend du 1er septembre au 31 janvier.

4. Deux ans après leur date d'embauche, les personnes chargées de cours sont considérées comme des personnes employées permanentes au sens du contrat et les règles d'admissibilité et de participation prévues à l'article 2 – Conditions d'assurance s'appliquent dès lors.

5. Aux fins de la présente annexe, l'expression « Traitement ou salaire » est définie de la façon suivante, la définition de cette expression prévue au contrat ne s'appliquant pas :

   « Traitement ou salaire » : Le traitement ou le salaire utilisé correspond au montant le moins élevé des deux montants suivants :

   a) taux horaire en vigueur au début de la session, multiplié par le nombre d'heures de cours par semaine (jusqu'à concurrence d'un maximum de 24 heures), le résultat étant multiplié par 42 semaines.

   b) 55 000 $

   Les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement ou tout paiement forfaitaire ne sont pas inclus dans le calcul du traitement ou du salaire.

6. Le délai de carence pour la garantie d'assurance invalidité de courte durée est de 25 jours pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE III PERSONNES TUTRICES DE LA TÉLÉ-UNIVERSITÉ-CSN

1. La présente annexe s'applique aux personnes tutrices de la composante Télé-université de l'Université du Québec à Montréal qui se joignent au présent contrat.

2. L'expression « personne salariée » utilisée aux articles 3 à 10 qui suivent désigne les personnes tutrices faisant l'objet de la présente annexe.

3. La personne salariée est admissible à toutes les garanties prévues au présent contrat, selon les dispositions prévues aux articles qui suivent. À défaut de dispositions particulières prévues à la présente annexe, les conditions et dispositions du contrat 001008-001010 s'appliquent aux garanties auxquelles la personne salariée est admissible.

4. Aux fins de la présente, l'année de référence servant à déterminer l'admissibilité et à calculer le salaire annuel et le salaire assurable couvre la période du 1er septembre au 31 août qui précède le 1er janvier de chaque année.

5. Aux fins de la présente, le salaire annuel est celui défini au contrat 001008-001010 et il est déterminé au 1er janvier de chaque année en fonction du salaire effectivement gagné au cours de l'année de référence pour le tutorat, les libérations syndicales et la participation aux activités prévues aux clauses 21.08 et 21.09 de la convention collective.

6. Afin d'être initialement admissible aux garanties mentionnées à la présente annexe, la personne salariée doit avoir gagné un salaire annuel équivalent à 45 % du maximum des gains admissibles (MGA) durant une année de référence. Le MGA utilisé pour le calcul est celui prévu au 1er janvier inclus dans cette année de référence. Après être devenue admissible une première fois, la personne salariée doit maintenir un salaire annuel équivalent à 40 % du MGA au cours des années de référence suivant son admissibilité initiale. Sinon, l'assurance prend fin et la personne redevient admissible à l'assurance lorsque le salaire annuel gagné équivaut au moins à 45 % du MGA applicable au cours de l'année de référence en question.

7. L'admissibilité des personnes salariées est déterminée par l'employeur une fois par année, soit le 1er janvier de chaque année.

8. L’adhésion à l’assurance invalidité de longue durée peut être faite sans preuves d’assurabilité dans les 30 jours suivant la date de début de chacune des trois premières périodes d’admissibilité. Les périodes d’admissibilité débutent le 1er janvier de chaque année, et la personne salariée doit donc soumettre sa demande d’adhésion avant le 31 janvier de chaque année afin d’être admissible à l’assurance invalidité de longue durée sans preuves d’assurabilité.

   La personne salariée peut également adhérer à n’importe quel moment au cours des trois premières périodes d’admissibilité qui suivent la date de son embauche, sur présentation de preuves d’assurabilité jugées satisfaisantes par l’Assureur. Si l’Assureur refuse la demande d’assurance après analyse des preuves d’assurabilité, la personne salariée ne pourra soumettre une nouvelle demande d’assurance avant l’expiration d'une période de trois ans d'admissibilité à l'assurance.

   À la fin de cette période de trois ans, la participation à cette garantie devient obligatoire et la personne salariée devra y adhérer, et ce, sans preuves d'assurabilité.

9. Aux fins des garanties d’assurance invalidité, le calcul des prestations payables est basé sur le salaire assurable, lequel est le salaire annuel établi au 1er janvier précédant la date de début de l’invalidité.

10. En cas d’une absence temporaire du travail prévue à la convention collective, la personne salariée peut maintenir sa participation aux garanties auxquelles elle participait avant la date de début de son absence pourvu qu’elle continue de payer les primes applicables, incluant la part de l’employeur le cas échéant.

    Lorsqu’une personne salariée est partiellement ou totalement absente du travail en raison d’un congé de maternité, d’un congé parental, d’un congé de paternité ou d’une invalidité durant une année de référence, le salaire utilisé aux fins du calcul du salaire annuel est celui gagné au cours de l’année de référence précédant la date de début du congé.

    Pour tout autre congé, le salaire annuel est calculé selon ce qui est prévu à l’article 5 de la présente annexe.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE IV PERSONNES CHARGÉES D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

1. La présente annexe s'applique aux personnes chargées d'enseignement de l'Université Laval qui se joignent au présent contrat.

2. Les personnes chargées d'enseignement sont admissibles aux garanties d'assurance maladie (modules A, B et C), d'assurance soins dentaires (option 2 seulement), d'assurance invalidité de courte durée et d'assurance invalidité de longue durée.

3. La participation aux garanties d'assurance maladie et d'assurance invalidité de courte durée est obligatoire à compter de la date à laquelle la personne chargée d'enseignement devient admissible.

4. L'adhésion à l'option 2 de la garantie d'assurance soins dentaires n'est possible que si la personne chargée d'enseignement a choisi le module C en assurance maladie. De plus, l'adhésion au module C en assurance maladie entraîne automatiquement l'adhésion à l'option 2 en assurance soins dentaires. Le module C de la garantie d'assurance maladie et l'option 2 de la garantie d'assurance soins dentaires sont indissociables.

5. L'adhésion à l'assurance invalidité de longue durée est facultative au cours des trois premières années. La personne chargée d'enseignement peut adhérer à cette garantie lors de l'adhésion à la garantie d'assurance invalidité de courte durée ou à n'importe quel moment au cours des trois années qui suivent cette date. À l'expiration de cette période de trois ans, la personne chargée d'enseignement qui n'aura pas encore adhéré à la garantie d'assurance invalidité de longue durée devra le faire, si elle est toujours admissible à l'assurance à cette date.

6. Le délai de carence pour la garantie d'assurance invalidité de courte durée est de 180 jours pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.

7. La définition de « période d'invalidité » prévue au contrat ne s'applique pas et elle est remplacée par la suivante :

1.30 « Période d'invalidité » :

Pour les 180 premiers jours d'invalidité :

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 30 jours de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

Par la suite :

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 180 jours de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

8. L'exonération des primes pour la garantie d'assurance invalidité de longue durée débute à l'expiration d'une période de 26 semaines de prestations d'invalidité de courte durée.

9. Toutes les garanties d'assurance prévues à la présente annexe prennent fin à la date de la retraite de la personne chargée d'enseignement.

10. Toutes les autres dispositions prévues au contrat s'appliquent, sauf s'il y a mention à l'effet contraire dans la présente annexe.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE V PERSONNES OU CATÉGORIES DE PERSONNES ACCEPTÉES PAR LE PRENEUR AUX FINS D'ASSURANCE

- Les personnes employées au service des syndicats affiliés à la FNEEQ-CSN dont les membres sont assurés en vertu du contrat. Aux fins du présent contrat, ces personnes employées sont traitées au même titre que celles du secteur privé.

- Les personnes employées couvertes par un certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat de collège privé affilié à la FNEEQ-CSN.

- Les membres élus de la FNEEQ ayant un lien d'emploi avec une institution d'enseignement ou connexe à l'enseignement à l'égard de laquelle un regroupement de salariées ou salariés est constitué en syndicat affilié à la FNEEQ-CSN et ayant perdu leur couverture d'assurance, auprès d'un assureur qui n'est pas La Capitale assureur de l'administration publique inc., et ce en raison de leurs activités syndicales.

- Les personnes employées cadres d'établissements d'enseignement privé qui étaient des personnes adhérentes avant le 1er janvier 2006, notamment : au Collège Mont-Royal, au Collège de Lévis et au Centre d'intégration scolaire. Le versement de primes par la personne adhérente ou le remboursement de prestations versées par l'Assureur à la personne adhérente font foi de cette couverture.

- Les personnes adhérentes qui deviennent cadres dans leur institution après le 1er janvier 2006 peuvent maintenir leur adhésion à la condition qu'elles conservent un droit de retour dans leur unité d'accréditation, tel que prévu à la convention collective applicable.

- Les personnes employées de soutien du collège François-de-Laval qui détiennent un emploi permanent et qui travaillent pour au moins 35 heures par semaine sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE VI PERSONNES ENSEIGNANTES ET PERSONNEL PROFESSIONNEL SYNDIQUÉS FNEEQ – CSN DU COLLEGE TRINITÉ

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes et personnel professionnel syndiqués de la FNEEQ-CSN du collège Trinité qui se joignent au présent contrat.

2. Les personnes enseignantes et personnel professionnel syndiqués de la FNEEQ-CSN du collège Trinité sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat, selon les dispositions prévues aux articles qui suivent. À défaut de dispositions particulières prévues à la présente annexe, les conditions et dispositions du contrat 001008-001010 s'appliquent aux garanties auxquelles lesdites personnes sont admissibles.

3. Aux fins de la présente annexe, la période de facturation correspond à une période de paie de 28 jours consécutifs.

4. Le personnel professionnel permanent syndiqué de la FNEEQ-CSN du collège Trinité dont le statut d'emploi est de 242 jours par année peut maintenir toutes les garanties en vigueur, pendant les 18 jours d'interruption de travail correspondant à la période de ralentissement cyclique prévue à la période estivale, selon les dispositions prévues à l'article 2.7.

5. Aux fins de la garantie d'assurance invalidité de courte durée, le délai de carence est de 14 jours calendriers pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE VII PERSONNES ENSEIGNANTES PERMANENTES ET PERSONNES ENSEIGNANTES QUI ONT UN CONTRAT D'ENSEIGNEMENT D'UNE DURÉE D'UN AN ET PLUS – INSTITUT DE TOURISME ET D'HÔTELLERIE DU QUÉBEC

---

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes permanentes et aux personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus de l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec qui se joignent au présent contrat.

2. Les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat, selon les dispositions prévues aux articles qui suivent. À défaut de dispositions particulières prévues à la présente annexe, les conditions et dispositions du contrat 001008-001010 s'appliquent aux garanties auxquelles les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles.

3. Les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat après 21 jours de travail continu.

4. L'adhésion aux garanties d'assurance invalidité courte durée et invalidité longue durée est obligatoire pour toute personne enseignante permanente et toute personne enseignante qui a un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus qui remplit les conditions d'admissibilité.

5. Le délai de carence pour la garantie d'assurance invalidité de courte durée est de 52 semaines d'invalidité totale auxquelles est additionnée la banque de congés de maladie pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE VIII PERSONNES ENSEIGNANTES PERMANENTES ET PERSONNES ENSEIGNANTES QUI ONT UN CONTRAT D'ENSEIGNEMENT D'UNE DURÉE D'UN AN ET PLUS – INSTITUT DE TECHNOLOGIE AGROALIMENTAIRE DU QUÉBEC

---

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes permanentes et aux personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus de l'Institut de technologie agroalimentaire du Québec qui se joignent au présent contrat.

2. Les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat, selon les dispositions prévues aux articles qui suivent. À défaut de dispositions particulières prévues à la présente annexe, les conditions et dispositions du contrat 001008-001010 s'appliquent aux garanties auxquelles les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles.

3. Les personnes enseignantes permanentes et les personnes enseignantes qui ont un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat après 21 jours de travail continu.

4. L'adhésion aux garanties d'assurance invalidité courte durée et invalidité longue durée est obligatoire pour toute personne enseignante permanente et toute personne enseignante qui a un contrat d'enseignement d'une durée d'un an et plus qui remplit les conditions d'admissibilité.

5. Le délai de carence pour la garantie d'assurance invalidité de courte durée est de 52 semaines d'invalidité totale auxquelles est additionnée la banque de congés de maladie pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.

CONTRAT 001008-001010

ANNEXE IX PERSONNES ENSEIGNANTES – COLLÈGE UNIVERSEL – CAMPUS DE GATINEAU

1. La présente annexe s'applique aux personnes enseignantes du collège Universel – campus de Gatineau qui se joignent au présent contrat.

2. Les personnes enseignantes du collège Universel – campus de Gatineau sont admissibles à toutes les garanties prévues au présent contrat, selon les dispositions prévues aux articles qui suivent. À défaut de dispositions particulières prévues à la présente annexe, les conditions et les dispositions du contrat 001008-001010 s'appliquent aux garanties auxquelles lesdites personnes sont admissibles.

3. Aux fins de la présente annexe, la période de facturation correspond à une période de paie de 14 jours consécutifs. La première période de paie complète est du 12 novembre 2023 au 25 novembre 2023.

4. Aux fins de la garantie d'assurance invalidité de courte durée, le délai de carence est de 14 jours calendriers pour les personnes visées par la présente annexe. De plus, une tarification spécifique est applicable à ces personnes.