



Votre régime d'assurance collective



UDS

Université de
Sherbrooke

Polices n° E688

Catégories 101 et 102



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective



**Polices n° E688
Catégories 101 et 102**

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Brochure publiée le 21 mai 2024

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	1
Définitions.....	1
Admissibilité.....	7
Demande d'adhésion.....	10
Preuves d'assurabilité.....	12
Début de l'assurance.....	12
Absence du travail.....	13
Fin de l'assurance.....	15
Prolongation de l'assurance.....	15
Droit de transformation.....	16
Modification du montant de l'assurance.....	17
Exonération des primes.....	17
Limitations générales.....	18
Demande de prestations.....	18
DESCRIPTION DES GARANTIES.....	21
Assurance vie de base.....	21
Assurance vie de base complémentaire.....	23
Assurance vie supplémentaire (employé et conjoint).....	27
Assurance salaire de courte durée.....	32
Assurance salaire de longue durée.....	32

Assurance accident-maladie38

BON À SAVOIR.....66

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)68

COMPTE MIEUX-ÊTRE (CME) N° E688A.....73

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident :

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

Conjoint :

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

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit maritalement avec l'adhérent et a eu ou a adopté un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

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

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

Employé : toute personne qui a un lien d'emploi avec l'employeur, réside au Canada ou qui est à l'extérieur du Canada mais qui demeure couvert par la RAMQ (à moins d'indication contraire dans la présente définition) et fait partie de l'une des catégories suivantes :

Catégorie 101 : Employés de l'Université de Sherbrooke non syndiqués, employés de l'APCUS, employés syndiqués membres de l'APPFMUS, de l'AIPSA-professeur, de l'AIPSA-chargé de cours à forfait, du SCCCUS à forfait, le personnel professionnel syndiqué régulier ou en probation de l'APAPUS, le personnel professionnel syndiqué temporaire ou remplaçant de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine et les employés externes de la fondation de l'Université de Sherbrooke.

Catégorie 102 : les employés syndiqués de l'Université de Sherbrooke membres de l'AIPSA-chargé de cours dont la première attribution de cours obtenue au cours d'une année civile pour un trimestre complet compte au moins 45 heures.

Employeur :

L'Université de Sherbrooke ou un employé de l'Université de Sherbrooke qui crée et maintient un lien d'emploi, ou tout autre organisme défini par l'Université.

Enfant à charge :

Personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition étant aussi entendu que l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure;

Employeur :

L'Université de Sherbrooke ou un employé de l'Université de Sherbrooke qui crée et maintient un lien d'emploi, ou tout autre organisme défini par l'Université.

Fournisseur de services de voyage :

Une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais usuels et raisonnables :

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

Franchise :

Partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a pas droit à aucun remboursement de la part de l'assureur.

Hôpital :

Un centre hospitalier au sens de la Loi et des règlements sur les Services de Santé et des Services Sociaux; à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

Invalidité totale :

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'employé assuré d'accomplir les tâches normales de sa fonction et exige des soins médicaux réguliers et satisfaisants, et qui, s'il persiste au-delà de la période d'attente prévue à la garantie d'assurance salaire de longue durée et des 24 mois qui suivent, empêche alors l'employé assuré d'exercer tout travail rémunérateur qui comporte une rémunération supérieure à 60 % du salaire qu'il toucherait s'il remplissait toutes les tâches de sa fonction habituelle et que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir, sans égard à la disponibilité de ce travail.

Lorsque des soins médicaux sont nécessaires et qu'ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ils doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle. En outre, l'invalidité n'est reconnue qu'à la condition que l'employé ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur.

Des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule période d'invalidité, en autant qu'elles résultent de la même maladie ou du même accident et qu'elles soient séparées par des intervalles de moins de :

- ♦ 6 mois consécutifs en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée
- ou**
- ♦ 15 jours consécutifs en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée pour l'employé assuré en vertu de cette garantie.

Maladie :

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médicament équivalent :

Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Non-fumeur :

Toute personne qui n'a fumé aucun produit du tabac (cigarette, cigare, cigarillo ou pipe), ne serait-ce qu'une seule fois, dans les 12 mois précédant sa demande d'assurance.

Personne assurée :

L'employé et ses personnes à charge assurées.

Personnes à charge :

Le conjoint et les enfants à la charge de l'employé.

Pour le compte de dépenses de frais de santé (CDFS) et le compte mieux-être (CME), le conjoint ou un enfant qui résident au Canada ou toute autre personne pour laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent réclame un crédit d'impôt pour frais médicaux conformément aux directives établies par l'Agence du Revenu du Canada (ARC).

Programme d'accompagnement patient :

Le programme offrant du support à la personne assurée pour faciliter la gestion de sa condition médicale et la prise de ses médicaments.

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

Programme de soutien aux patients :

Le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit.

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

Protection :

- a) protection individuelle : employé seulement
- b) protection monoparentale : employé et enfant(s) à charge
- c) protection couple : employé et conjoint
- b) protection familiale : employé, conjoint et enfant(s) à charge

Salaire :

La rémunération régulière de base de l'employé, incluant les suppléments pour le facteur marché, pour le facteur de négociation et pour la fonction administrative ainsi que les primes de responsabilité mais excluant les heures supplémentaires.

Salaire net :

Le salaire brut de l'adhérent diminué :

- a) de l'impôt payable aux gouvernements provincial et fédéral et des cotisations à l'assurance emploi, au Régime québécois d'assurance parentale et au régime de rentes gouvernemental, selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur; et
- b) des cotisations au régime de retraite, des primes d'assurance collective et des cotisations syndicales payées par l'employé.

Lors d'un congé total ou partiel de cotisations au régime de retraite auquel participe l'employé, le revenu net sera établi comme s'il n'y avait pas de congé de cotisations.

Stable :

Se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucun problème de santé, ou est affectée par un problème de santé qui :

- a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits pouvant occasionner un changement significatif de l'état de santé pendant la durée du voyage; et

- b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration significative de l'état de santé pendant la durée du voyage.

Traitement :

Ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même journée par une même catégorie de professionnels de la santé.

Voyage :

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

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

ADMISSIBILITÉ

1) Assurance vie de base

- a) Tout employé de la catégorie 101 sauf les employés syndiqués temporaires ou remplaçants de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine est admissible à l'assurance
 - i) à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il est au service de l'employeur;
 - ii) dès le premier jour de travail actif pour l'employeur, dans tous les autres cas.
- b) Tout employé syndiqué de la catégorie 101 temporaire ou remplaçant de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine est admissible à l'assurance à la date à laquelle il a accumulé trois (3) mois d'ancienneté.

2) Assurance vie de base complémentaire

Tout employé de la catégorie 101 qui détenait un montant d'assurance vie de base supérieur à 100 000 \$ avant le 31 décembre 2021 sous le régime standard est admissible à l'assurance.

3) Assurance vie supplémentaire

- a) Tout employé est admissible à l'assurance vie supplémentaire à la date à laquelle il est admis à l'assurance en vertu de la garantie d'assurance vie de base ou en tout temps par la suite.
- b) Le conjoint d'un adhérent est admissible à l'assurance vie supplémentaire à la date à laquelle l'adhérent est admis à l'assurance en vertu de la garantie d'assurance vie de base ou en tout temps par la suite.

4) Assurance salaire de longue durée

- a) Tout employé de la catégorie 101 (sauf les employés syndiqués temporaires ou remplaçants de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine), de moins de 64 ans et 185 jours est admissible à l'assurance
 - i) à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il est au service de l'employeur;
 - ii) dès le premier jour de travail actif pour l'employeur, dans tous les autres cas.
- b) Tout employé syndiqué de la catégorie 101 temporaire ou remplaçant de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine de moins de 64 ans et 185 jours est admissible à l'assurance à la date à laquelle il a accumulé trois (3) mois d'ancienneté.

5) Assurance accident-maladie

- a) tout employé de la catégorie 101 sauf les employés syndiqués temporaires ou remplaçants de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine et tout employé de la catégorie 102 sont admissibles à l'assurance
 - i) à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il est au service de l'employeur;

- ii) dès le premier jour de travail actif pour l'employeur, dans tous les autres cas.
- b) Tout employé syndiqué de la catégorie 101 temporaire ou remplaçant de l'APAPUS travaillant au moins 17 heures par semaine est admissible à l'assurance à la date à laquelle il a accumulé trois (3) mois d'ancienneté;
- 6) L'employé qui revient au travail au cours des 12 mois suivant le début de sa cessation d'emploi redevient admissible à l'assurance et est assuré d'office à la date effective de son retour au travail, pour les mêmes garanties d'assurance, la même protection et les mêmes montants d'assurance qu'il détenait immédiatement avant sa cessation d'emploi.
- 7) L'employé qui revient au travail plus de 12 mois suivant le début de sa cessation d'emploi est considéré comme un nouvel employé.
- 8) Les personnes à la charge d'un employé sont admissibles, soit à la même date que l'employé si elles sont déjà des personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.
- 9) **Possibilité d'exemption :** Un employé peut, sur avis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer au régime d'assurance accident-maladie, à la condition qu'il établisse que lui-même et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Si l'employé est exempté de s'assurer ou d'assurer ses personnes à charge en raison de l'existence d'une autre assurance, l'exemption prend fin en même temps que prend fin cette autre assurance et l'employé doit alors remplir une demande d'adhésion pour lui-même ou pour ses personnes à charge au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle prend fin l'assurance qui a donné lieu à l'exemption.

DEMANDE D'ADHÉSION

L'adhésion à l'assurance est obligatoire pour tout employé admissible, à l'exception de la garantie d'assurance vie supplémentaire.

Tout employé admissible doit transmettre à l'employeur une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible à l'assurance.

En assurance vie de base, l'employé admissible de la catégorie 101 ayant une double affectation le rendant admissible au régime standard et au régime flexible a droit à une somme assurée de 100 000 \$ pour le poste admissible au régime flexible.

En assurance vie supplémentaire, tout employé qui désire s'assurer ou assurer son conjoint doit remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour lui-même et son conjoint.

En assurance salaire de longue durée, l'employé admissible de la catégorie 101 peut choisir entre deux options qui offrent des niveaux différents de couverture, soit les options A ou B.

L'employé qui devient admissible à cette garantie et ne remplit pas sa demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent sa date d'admissibilité est assuré d'office en vertu de l'option A.

En assurance accident-maladie, l'employé admissible de la catégorie 101 a le choix entre 3 options qui offrent des niveaux différents de couverture, soit les options A, B ou C; l'employé admissible de la catégorie 102 est admissible à l'option C seulement.

Si le délai de 31 jours n'est pas respecté, l'employé est assuré d'office pour les garanties suivantes :

- ♦ Assurance vie de base ;
- ♦ Assurance salaire de longue durée : option A;
- ♦ Assurance accident-maladie : pour la catégorie 101, **option B** avec une protection individuelle; pour la catégorie 102, **option C** avec protection individuelle.

L'employé ayant une double affectation donnant accès au régime standard et au régime flexible en Assurance accident-maladie ne peut adhérer qu'à un seul des deux.

Tout employé qui désire assurer ses personnes à charge doit en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance.

L'employé admissible de la catégorie 101 pourra modifier son choix d'option à la garantie d'assurance accident-maladie le 1^{er} janvier de chaque année paire ou en tout temps, si un des événements familiaux décrits ci-dessous se produit et que la demande de modification parvient à l'assureur dans les 60 jours qui suivent cet événement :

- 1) début d'admissibilité d'une première personne à charge;
- 2) séparation de corps ou divorce;
- 3) naissance ou décès d'une personne à charge;
- 4) perte du régime d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint;
- 5) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le présent contrat après leur 65^e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit au Service des ressources humaines. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

Toute demande de maintien en vigueur de l'assurance pour l'adhérent ou ses personnes à charge, doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la ou les personnes concernées deviennent admissibles au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Assurance vie de base

Des preuves d'assurabilité sont exigées pour tout employé qui transmet à l'employeur sa demande d'adhésion plus de 31 jours après sa date d'admissibilité et qui désire augmenter son assurance vie de base.

Assurance vie supplémentaire

- 1) Tout employé qui désire s'assurer ou assurer son conjoint en vertu de cette garantie doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, pour lui-même ou pour son conjoint.
- 2) Toutefois, à la date d'entrée en vigueur du présent contrat, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'employé qui prouve, que lui ou son conjoint, était assuré en vertu du contrat antérieur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, jusqu'à concurrence du maximum d'assurance prévu par la présente garantie et sans excéder le montant d'assurance que l'employé ou son conjoint détenait déjà en vertu de la garantie correspondante du contrat antérieur.
- 3) Tout employé, qui désire augmenter son montant d'assurance vie supplémentaire ou celui de son conjoint, doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, pour lui-même ou pour son conjoint.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé admissible ou de toute personne à charge admissible entre en vigueur, si l'employé est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, deviennent admissibles;
- 2) la date à laquelle l'employé admissible remplit la demande d'assurance des personnes à charge;
- 3) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.

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

L'assurance vie supplémentaire de tout employé ou de tout conjoint admissibles entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur en autant que l'employé soit au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.

Le paiement de la première prime est exigible le premier jour de la période de paie de 14 jours qui coïncide avec ou qui suit la date du début de l'assurance.

ABSENCE DU TRAVAIL

Congé sans solde autorisé par l'employeur, congé à traitement différé ou tout autre congé de même nature (excluant les congés pour raisons familiales ou parentales)

Toutes les garanties d'assurance sont interrompues jusqu'à la date effective de retour au travail sauf la garantie d'assurance accident-maladie qui doit être maintenue. Par contre, l'employé peut, à son choix, maintenir l'une ou l'autre de ses garanties d'assurance s'il acquitte lui-même la totalité de la prime.

Nonobstant ce qui est mentionné précédemment au présent paragraphe, pour les employés syndiqués temporaires et remplaçants de l'APAPUS de la catégorie 101, toutes les garanties d'assurance sont interrompues jusqu'à la date effective de retour au travail, incluant la garantie d'assurance accident-maladie.

Congé de maternité

Toutes les garanties sont maintenues si le congé est pris en vertu d'une convention collective de travail ou d'une politique de l'employeur.

Congé pour raisons familiales ou parentales

L'employé peut, à son choix, et pendant toute la durée du congé, maintenir l'une ou l'autre de ses garanties d'assurance mais il doit en tout temps conserver la garantie d'assurance accident-maladie. L'assurance ne peut toutefois pas être maintenue au-delà de la période maximale prévue à la loi. L'employé doit informer l'assureur de son choix et de la date prévue de son retour au travail avant le début du congé. L'employeur et l'employé assument alors leur part habituelle de la prime.

Mise à pied temporaire

Toutes les garanties d'assurance sont interrompues jusqu'à la date effective de retour au travail sauf la garantie d'assurance accident-maladie qui doit être maintenue. Par contre, l'employé peut, à son choix, maintenir l'une ou l'autre de ses garanties d'assurance pour une période maximale de 24 mois s'il acquitte lui-même la totalité de la prime.

Nonobstant ce qui est mentionné précédemment au présent paragraphe, pour les employés syndiqués temporaires et remplaçants de l'APAPUS de la catégorie 101, toutes les garanties d'assurance sont interrompues jusqu'à la date effective de retour au travail.

Grève, lock-out

Toutes les garanties sont maintenues pour une période maximale de 12 mois.

NOTES IMPORTANTES

- ♦ Tout maintien des garanties d'assurance devient possible dans la mesure où les primes sont payées à l'assureur selon les modalités prévues par l'employeur et après entente avec l'assureur, s'il y a lieu.
- ♦ Pour toute période d'invalidité totale qui survient pendant une absence au travail, l'invalidité sera réputée avoir commencé le jour où l'employé assuré serait normalement retourné au travail.

FIN DE L'ASSURANCE

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

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet employé ou pour cette personne à charge;
- 3) la date à laquelle l'employé quitte son emploi;
- 4) la date à laquelle l'assurance doit prendre fin pour la garantie concernée, selon ce qui est prévu à la **DESCRIPTION DES GARANTIES**;
- 5) pour le compte de dépenses de frais de santé (CDFS) et le compte Mieux-être (CME), la date à laquelle l'assurance accident-maladie cesse, selon ce qui est prévu à la **DESCRIPTION DES GARANTIES**;
- 6) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible.

La prime cesse d'être exigible le premier jour de la période de paie de 14 jours qui coïncide avec ou qui suit la date d'annulation de l'assurance.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

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

Si l'employé décède lorsque ses personnes à charge assurées sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence, leur assurance voyage peut se poursuivre pendant un certain temps, selon les dispositions du contrat.

DROIT DE TRANSFORMATION

Pendant que cette police est en vigueur, tout adhérent de moins de 70 ans dont l'assurance prend fin parce qu'il quitte le service de l'employeur, a le droit d'obtenir sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou temporaire, d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
- 2) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de cette police;
- 3) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge de l'adhérent lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
- 4) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu dans les règlements généraux de l'assureur ni supérieure à la somme assurée de l'adhérent en vertu de cette police;
- 5) pour la première année du contrat individuel, l'adhérent peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi;
- 6) le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.

L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Au cours des 31 jours suivant la fin de ce contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout adhérent assuré depuis au moins 5 ans en vertu du présent contrat et dont l'assurance se termine à cause de la fin du contrat, peut obtenir, sans fournir de preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui décrit au paragraphe 1) mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % de la somme assurée de l'adhérent en vertu du présent contrat.

MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE

Toute modification apportée au montant de l'assurance ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'employé soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'employé devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par l'assureur au plus tard à cette date;
- 2) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé :
 - a) si le nouveau montant d'assurance découlant de la modification demandée excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité et qui est indiqué à la section DESCRIPTION DES GARANTIES, ou
 - b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, l'assurance est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail. Toutefois, si le preneur et l'assureur en conviennent, la modification apportée prend effet comme si l'employé était effectivement au travail.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

EXONÉRATION DES PRIMES

Pour les employés de la catégorie 101 seulement.

Lorsqu'un employé assuré devient totalement invalide avant l'âge de 65 ans, toutes ses garanties d'assurance sont maintenues en vigueur sans paiement de prime. L'exonération de la prime débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le paiement des indemnités d'assurance salaire de longue durée et se poursuit aussi longtemps que dure cette invalidité totale. L'exonération de la prime prend fin le dernier jour du mois au cours duquel il atteint 65 ans ou la date à laquelle il prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

Toutefois, la garantie d'assurance accident-maladie d'un employé totalement invalide se termine lors de la fin du contrat.

LIMITATIONS GÉNÉRALES

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

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

DEMANDE DE PRESTATIONS

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

En cas de décès

Toute demande de prestations au titre de cette police doit être transmise par écrit à l'assureur au cours de la période de 30 jours qui suit la date du décès.

Les ayants droit doivent fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis doivent être transmis au plus tard un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

En cas d'invalidité

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

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

En cas de frais d'accident-maladie

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 6 mois, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de douze mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

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

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

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

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, il suffit de communiquer avec le siège social aux numéros de téléphone suivants :

Lieu d'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 285-7843
Région de Québec	(418) 838-7843
Autres régions (sans frais)	1-800-463-7843

Notre site www.desjardinssecuritefinanciere.com permet d'accéder à votre dossier de prestations de soins de santé en tout temps.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE

Somme assurée de l'adhérent et preuves d'assurabilité

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

Pour la catégorie 101, la somme assurée payable au décès est égale à 100 000 \$.

Cette somme assurée payable au décès de l'adhérent est réduite de 50 % à compter du premier jour du mois qui coïncide ou qui suite la date à laquelle il atteint 65 ans.

Paiement anticipé

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin qu'il désigne;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du présent contrat;
- 3) le preneur doit donner son accord au préalable avant que tout versement puisse être effectué;
- 4) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base sans toutefois être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$. En outre, si le décès ne survient pas dans la période prescrite par la loi, le montant reçu est imposable en vertu de la Loi de l'impôt.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé, à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Bénéficiaire

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine à la date à laquelle il cesse d'être un employé ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

Exclusion relative au paiement anticipé

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux (2) ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

ASSURANCE VIE DE BASE COMPLÉMENTAIRE

Somme assurée de l'adhérent et preuves d'assurabilité

Au 1^{er} janvier 2022, les employés de la catégorie 101 qui détenaient un montant d'assurance vie de base supérieur à 100 000 \$ sous le régime standard, se verront accorder un montant équivalent en assurance vie de base complémentaire sous le régime flexible, sans preuves d'assurabilité.

La somme assurée payable au décès d'un adhérent est réduite de 50 % à compter du premier jour du mois qui coïncide ou qui suit la date à laquelle il atteint 65 ans.

Paiement anticipé

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base complémentaire payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin qu'il désigne;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie police d'assurance vie de base de l'adhérent du présent contrat;
- 3) le preneur doit donner son accord au préalable avant que tout versement puisse être effectué;
- 4) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base complémentaire détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base complémentaire sans toutefois être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$. En outre, si le décès ne survient pas dans la période prescrite par la loi, le montant reçu est imposable en vertu de la Loi de l'impôt.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la présente police est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé, à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Exclusion Afférente Au Paiement Anticipé

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux (2) ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le bénéficiaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

Modification de la somme assurée

Toute augmentation de la somme assurée, pour quelque raison que ce soit, de même que toute diminution de la somme assurée par suite d'un changement de salaire entrent en vigueur, si l'adhérent est alors au travail, ou s'il l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à l'une des dates suivantes :

- 1) à la date réelle de la demande, en autant qu'elle soit faite dans les 31 jours de l'événement;
- 2) à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, dans tous les autres cas.

Si l'adhérent n'est pas au travail le jour où la modification doit entrer en vigueur, celle-ci prend effet le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

Il est entendu qu'aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

Demande de prestations

Toute demande de prestations au titre de cette police doit être transmise par écrit à l'assureur au cours de la période de 30 jours qui suit la date du décès.

Les ayants droit doivent fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis doivent être transmis au plus tard un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Droit de transformation de l'assurance de l'adhérent

Pendant que cette police est en vigueur, tout adhérent de moins de 70 ans dont l'assurance prend fin parce qu'il quitte le service de l'employeur, a le droit d'obtenir sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou temporaire, d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
- 2) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de cette police;
- 3) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge de l'adhérent lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
- 4) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu dans les règlements généraux de l'assureur ni supérieure à la somme assurée de l'adhérent en vertu de cette police;

- 5) pour la première année du contrat individuel, l'adhérent peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi;
- 6) le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.

L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Au cours des 31 jours suivant la fin de ce contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout adhérent assuré depuis au moins 5 ans en vertu du présent contrat et dont l'assurance se termine à cause de la fin du contrat, peut obtenir, sans fournir de preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui décrit au paragraphe 1) mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % de la somme assurée de l'adhérent en vertu du présent contrat.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine à la date à laquelle il cesse d'être un employé ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suite la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE (employé et conjoint)

Somme assurée

Pour les employés de la catégorie 101 seulement.

La somme assurée payable au décès de tout adhérent en vertu de cette police est déterminée selon le nombre de tranches de 25 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$. Ce montant maximum est combiné avec le montant maximum de l'assurance vie de base de l'adhérent et le montant de l'assurance vie de base complémentaire, le cas échéant.

La somme assurée payable au décès du conjoint de tout adhérent en vertu de cette police est déterminée selon le nombre de tranches de 25 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.

Paiement anticipé

Tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie de son montant d'assurance vie de base, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) DSF doit donner son accord;
- 2) DSF peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par DSF;
- 3) l'adhérent doit obtenir l'approbation de DSF pour l'exonération des primes de la garantie vie de base de cette police; et
- 4) tout bénéficiaire désigné irrévocable doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par DSF.

Le paiement anticipé est limité à 50 % du montant de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, la valeur du paiement anticipé est déduite du montant d'assurance qui aurait été payable n'eut été le paiement anticipé.

La valeur du paiement anticipé est composée de ce qui suit :

- 1) le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé;
- 2) les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent; plus
- 3) l'intérêt accumulé à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

Exclusions et limitations

Toute fausse déclaration faite dans le but de profiter des primes réduites offertes aux non-fumeurs entraînera une réduction du montant de la somme assurée au prorata des primes d'un adhérent ou d'un conjoint non-fumeur par rapport à celles d'un adhérent ou d'un conjoint fumeur.

Si l'adhérent ou le conjoint assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non, meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des deux premières années qui suivent la date d'entrée en vigueur de la présente police ou du contrat antérieur, le cas échéant, l'assurance est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues. Les mêmes dispositions s'appliquent lors d'une remise en vigueur ou de toute augmentation de la somme assurée.

Modification de la somme assurée

L'adhérent qui désire augmenter sa somme assurée ou celle de son conjoint doit remplir une demande d'adhésion et fournir les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si l'adhérent est alors au travail, ou s'il l'était le dernier jour où il devait normalement l'être.

Si l'adhérent n'est pas au travail le jour où la modification doit entrer en vigueur, celle-ci prend effet le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

Il est entendu qu'aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

Demande de prestations

Toute demande de prestation au titre de cette police doit être transmise par écrit à l'assureur au cours de la période de 30 jours qui suit la date du décès.

Les ayants droit ou l'adhérent doivent fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge de l'adhérent ou du conjoint assuré ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis doivent être transmis au plus tard un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Droit de transformation de l'assurance de l'adhérent

Pendant que cette police est en vigueur, tout adhérent de moins de 70 ans dont l'assurance prend fin pour une autre raison que la fin du contrat, a le droit d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou temporaire d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
- 2) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de cette police;
- 3) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge de l'adhérent lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
- 4) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu par les règlements généraux de l'assureur ni supérieure à la somme assurée de l'adhérent en vertu de cette police;
- 5) pour la première année du contrat individuel, l'adhérent peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'avoir à verser la première prime régulière du contrat individuel choisi;
- 6) le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.

L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Au cours des 31 jours suivant la fin de ce contrat, si ce contrat n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un contrat offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout adhérent assuré depuis au moins 5 ans en vertu du présent contrat et dont l'assurance se termine à cause de la fin du contrat, peut obtenir, sans fournir de preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie similaire à celui décrit au paragraphe 1) mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % de la somme assurée de l'adhérent en vertu du présent contrat.

Droit de transformation de l'assurance du conjoint

Pendant que cette police est en vigueur, tout conjoint de moins de 70 ans dont l'assurance prend fin, soit par suite du décès de l'adhérent, soit par suite de la fin de l'assurance de l'adhérent, soit parce qu'il cesse d'être admissible à l'assurance, a le droit d'obtenir sans preuve d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie permanente d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) le conjoint assuré doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance ou la date du décès de l'adhérent ou au cours des 31 jours qui suivent la fin de l'assurance de l'adhérent, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
- 2) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de cette police;
- 3) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge du conjoint lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
- 4) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu par les règlements généraux de l'assureur, ni supérieure à la somme assurée que détenait le conjoint en vertu de cette police;
- 5) le contrat individuel ne comporte aucune garantie accessoire.

Si le conjoint décède au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance en vertu de cette police, le bénéficiaire a droit au montant d'assurance qu'il détenait en vertu de la présente police.

Le conjoint qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'adhérent atteint 70 ans.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Vous continuez de recevoir la totalité de votre traitement de l'Université durant les 7 premiers jours d'absence. De la 8^e à la 180^e journée, l'Université vous versera 85 % de votre salaire brut.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Indemnités

Lorsqu'un adhérent de la catégorie 101 devient totalement invalide, il a droit, après une période d'attente de 180 jours d'invalidité totale, à une rente mensuelle égale à :

Option A :

80 % de son salaire mensuel net au début de son invalidité totale.

Option B :

90 % de son salaire mensuel net au début de son invalidité totale.

Aux fins de cette police, la rente mensuelle ne peut excéder 12 000 \$.

Cette rente est non imposable et elle est diminuée des rentes d'invalidité payables en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de toute prestation à laquelle l'employé a droit en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada (à l'exception des prestations pour les personnes à charge, de toute rente de conjoint survivant et de tout montant supplémentaire versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois le versement des prestations a commencé) ainsi que toute rente payable par une régie ou un organisme gouvernemental ou par toute assurance collective ou régime de retraite auxquels contribue le preneur.

Cette rente mensuelle est fractionnée le cas échéant à raison de 1/30 par jour d'invalidité au cours du mois durant lequel l'invalidité totale débute ou se termine. Elle est payable durant toute la durée de l'invalidité totale. Toutefois, le service de la rente cesse lorsque l'adhérent totalement invalide atteint 65 ans ou prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

La rente mensuelle d'un adhérent totalement invalide est réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 90 % du salaire mensuel net de l'adhérent au début de son invalidité. Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- 1) tout paiement en vertu d'une politique de congés de maladie;
- 2) toute rente d'invalidité payable en vertu d'un contrat collectif d'assurance en cas d'accident ou de maladie;
- 3) toute rente payable en vertu d'un régime collectif de retraite qui prévoit une rente en cas d'invalidité totale, à l'exception de celle prévue pour un adhérent membre du Régime de Retraite de l'Université de Sherbrooke et décrite dans le présent article.

Toutefois, l'indexation future des prestations versées par un des organismes mentionnés ci-dessus n'entraîne aucune autre réduction.

Pour tout adhérent membre du Régime de retraite de l'Université de Sherbrooke, une indemnité supplémentaire est payable à titre de cotisation au régime de retraite. Le montant de cette rente équivaut à un pourcentage du salaire mensuel déterminé par le taux de cotisation du régime de retraite.

Le montant de la rente mensuelle et celui de la rente supplémentaire sont indexés le 1^{er} janvier de chaque année, la première augmentation prenant effet une fois que la rente mensuelle a été versée pendant une période de 24 mois consécutifs. Cette indexation est égale au moindre de 3 % et de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation pour la période de 12 mois se terminant le 30 septembre de l'année précédant celle pour laquelle l'indexation est faite.

L'adhérent totalement invalide qui a terminé la période d'attente prévue au présent article, peut exercer, pendant une période maximale de 24 mois, un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. De même, aux fins de la présente police, le retour progressif au travail peut être considéré comme un programme de rééducation à la condition d'avoir été approuvé par l'assureur.

La date du retour progressif au travail est celle indiquée par le médecin. Toutefois, l'employeur peut désigner une date ultérieure à celle du médecin, mais en aucun cas celle-ci ne peut excéder de plus de 14 jours la date de retour progressif au travail fixée par le médecin.

En aucun cas, la somme de la rémunération du programme de rééducation et de la rente payable à l'adhérent totalement invalide ne peut excéder le salaire mensuel que touchait l'adhérent au début de la période d'invalidité totale.

Aux fins de ce contrat, l'invalidité totale débute à la date à laquelle l'employé cesse de travailler par suite d'invalidité totale et prend fin lorsque l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale.

La rente mensuelle est versée en cas de maladie liée à l'incapacité de gérer des biens et de donner quittance à la condition qu'une demande de curatelle privée ou publique ait été dûment enregistrée selon les procédures gouvernementales normales. La rente sera alors versée pour une période maximale de six (6) mois à compter de la date à laquelle le médecin a déclaré l'adhérent inapte à gérer ses biens. Au-delà de ce délai, les rentes continueront d'être versées sur réception des documents légaux et seront payables au curateur désigné dans ces documents.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune indemnité

- 1) pour des invalidités totales survenues :
 - a) par suite d'une guerre ou d'une agitation civile, que la guerre soit déclarée ou non;
 - b) par suite d'une participation active de l'adhérent à une émeute, à une insurrection, à un crime ou à un attentat quelconque;
 - c) pendant que l'adhérent est en service actif dans les forces armées;
 - d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions de l'article « Absence du travail »;

- 2) si l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin;
- 3) si l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation;
- 4) si l'invalidité résulte d'alcoolisme, de toxicomanie ou de troubles similaires, à moins que l'adhérent ne participe à un programme de traitement actif contrôlé par un médecin et approuvé par écrit par l'assureur;
- 5) au cours d'une grossesse, pendant toute période commençant à la date d'arrêt de travail dont l'employée et l'employeur conviennent mutuellement ou à la date de naissance de l'enfant si celle-ci est antérieure et se terminant à la date prévue de retour de l'employée au service de l'employeur;
- 6) au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'employé et son employeur.

Limitation de la garantie

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

Modification des indemnités

Toute augmentation des indemnités pour quelque raison que ce soit, de même que toute diminution des indemnités par suite d'un changement de salaire entrent en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou s'il l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date de son retour au travail.

Si l'adhérent n'est pas au travail le jour où la modification doit entrer en vigueur, celle-ci prend effet le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

Il est entendu qu'aucune augmentation des indemnités ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

Délai de carence lors d'un remplacement de contrat

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

Demande de prestations

Toute demande de prestations au titre de cette police doit être transmise par écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations.

Des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, doivent être fournies à l'assureur au cours des 90 jours qui suivent la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus ne peut être la cause d'un refus, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis doivent être transmis au plus tard un an après la date de l'événement qui ouvre droit à des prestations, mais pas plus d'un an après la fin de l'assurance.

Exonération des primes et du régime de retraite

L'exonération des primes et du régime de retraite cessera lorsque l'adhérent invalide reçoit son plein salaire.

Malgré la cessation de l'exonération, l'assureur reconnaîtra l'invalidité jusqu'au retour au travail régulier de l'adhérent. En cas de rechute, l'exonération des primes se poursuivra jusqu'à la date de retour au travail régulier.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Tous les employés de la catégorie 101 (Options A, B et C) et de la catégorie 102 (Option C seulement).

Prestations

1) Frais hospitaliers :

Lorsqu'un adhérent engage des frais hospitaliers au Canada, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement de ces frais en fonction de l'option qu'il a choisie et selon ce qui suit :

Frais admissibles pour hospitalisations en général :

Les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée sont remboursables, pour chaque jour d'hospitalisation et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence du maximum indiqué ci-dessous :

Options A, B et C :

le coût d'une hospitalisation en chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne assurée;

Frais admissibles pour hospitalisations en raison de convalescence :

Options A, B et C :

Les frais d'hospitalisation dans des hôpitaux spécialisés ou des maisons de convalescence reconnues par l'assureur sont remboursables jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne assurée, sous réserve d'un maximum de 180 jours d'hospitalisation par période d'hospitalisation.

2) Frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais :

Lorsqu'un adhérent engage des frais admissibles pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais ainsi engagés, après déduction d'une franchise par année civile, selon l'option qu'il a choisi et tel que mentionné au tableau ci-après sous réserve toutefois des dispositions énoncées aux paragraphes a), b) c) d) et e) qui suivent :

FRANCHISE ET POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS, DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET DES AUTRES FRAIS			
	FRANCHISE ANNUELLE	POURCENTAGE FRAIS DE MÉDICAMENTS	POURCENTAGE FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS
OPTION A	500 \$* par année civile *ne s'applique pas aux frais d'hospitalisation et aux frais paramédicaux	1) Médicaments génériques : 70 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : 70 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 70 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	Hospitalisation, soins dentaires à la suite d'un accident et orientation vers un médecin : 100 % Tous les autres frais : 70 %

**FRANCHISE ET POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE MÉDICAMENTS,
DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET DES AUTRES FRAIS**

OPTION B	Médicaments : 5 \$ par médicament prescrit Tous les autres frais : Aucune	1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	Hospitalisation, soins dentaires à la suite d'un accident et orientation vers un médecin : 100 % Tous les autres frais : 80 %
OPTION C	Médicaments : 5 \$ par médicament prescrit Tous les autres frais : Aucune	1) Médicaments génériques : 90 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : 90 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 90 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	Hospitalisation, soins dentaires à la suite d'un accident et orientation vers un médecin : 100 % Tous les autres frais : 90 %

- a) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à sa charge.
- b) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- c) Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est celui déterminé par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard de la franchise et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente police. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.
- d) Les frais admissibles énumérés de a) à f) inclusivement au **TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET DES AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** ci-après doivent être engagés sur recommandation du médecin traitant.
- e) Les frais qui sont engagés pour des prothèses, orthèses ou chaussures ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont vendus dans le cas des orthèses podiatriques, supports plantaires et chaussures orthopédiques) par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique.
- f) **Réseau de fournisseurs privilégiés**

L'assureur peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains médicaments et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

Tableau des frais de médicaments

Selon l'option choisie par l'adhérent, les frais de médicaments se définissent de la façon suivante :

Options A, B et C :

- a) Les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à leur égard si elles n'étaient pas assurées en vertu d'un contrat collectif.

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont débités par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, étant entendu que les shampoings et les produits pour la pousse des cheveux ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments.

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

- i) troubles cardiaques;
- ii) troubles pulmonaires;
- iii) diabète;
- iv) arthrite;
- v) maladie de Parkinson;
- vi) épilepsie;

- vii) fibrose kystique;
- viii) glaucome.
- b) Les contraceptifs oraux obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
- c) Les médicaments pour cure d'amaigrissement ne pouvant s'obtenir que sur recommandation médicale.
- d) Les sérums et injections qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont donnés par un médecin, ou par une infirmière ou un infirmier.
- e) Les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par visite pour le médicament.

Options A, B et C :

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

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

Options A, B et C :

Tableau des frais paramédicaux et des autres frais admissibles

- a) Les services à domicile d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés ou auxiliaires, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 10 000 \$ par année civile, par personne assurée. Il est entendu que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.
- b) Les services suivants, à condition qu'ils soient rendus sous la surveillance d'un médecin :
 - i) oxygène;
 - ii) rayons X, analyses de laboratoire, traitements au radium ou aux rayons X, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour tous ces frais;
 - iii) techniques d'imagerie par résonance magnétique, tomographie et échographie, remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 500 \$ par année civile par personne assurée, pour tous ces frais.
- c) L'achat ou la location de prothèses orthopédiques, de membres artificiels, de prothèses oculaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles, d'orthèses orthopédiques et d'orthèses podiatriques.

- d) Les frais engagés pour l'achat de fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, une iléostomie ou une urostomie.
- e) L'achat ou la location (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique, sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital conventionnel, d'un respirateur, d'une tente ou d'un masque à oxygène.
- f) L'achat ou la location, à la discrétion de l'assureur, d'équipements thérapeutiques (incluant les appareils de mesure pour la tension artérielle et les neurostimulateurs) qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection.
- g) L'achat de bas élastiques médicaux, jusqu'à concurrence de trois (3) paires et d'un remboursement maximal de 150 \$ par année civile par personne assurée, étant entendu que sont considérés comme bas élastiques médicaux les bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical.
- h) L'achat de chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais payables par année civile par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne spécifique à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.
- i) L'achat de prothèses mammaires externes rendues nécessaires à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 150 \$ de frais payables par personne assurée ainsi que l'achat de soutiens-gorge post-mastectomie, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par année civile.

- j) L'achat (et la réparation) d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs, étant entendu que les frais engagés pour les piles ne sont pas admissibles.
- k) Les services d'une ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour). Le transport aérien ou par train n'est couvert qu'en cas d'urgence pour une personne qu'on ne peut transporter autrement.
- l) Les services professionnels d'un chirurgien dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, dommages subis après le début de l'assurance, à condition que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident.
- m) Les examens aux rayons X par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou podologue sont couverts jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais payables par radiographie et de deux (2) radiographies par année civile par personne assurée, pour les options B et C seulement.
- n) L'achat de bâtonnets ou comprimés réactifs servant à mesurer le taux de glucose dans le cas de diabète, ou l'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réflexomètre) sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil; les frais admissibles pour l'achat de bâtonnets ou d'un appareil sont toutefois limités aux tarifs de l'association « Les Diabétiques du Québec ».
- o) Les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par visite pour les honoraires du médecin.
- p) Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 35 \$ par période de 24 mois par personne assurée.
- q) Les soins donnés par les spécialistes énumérés au tableau ci-dessous sont admissibles jusqu'à concurrence des maximums indiqués au tableau ci-après.

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES			
SPÉCIALISTES *	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Audiologiste	250 \$ par année civile	500 \$ par année civile	750 \$ par année civile
Ergothérapeute	250 \$ par année civile	500 \$ par année civile	750 \$ par année civile
Orthophoniste	250 \$ par année civile	500 \$ par année civile	750 \$ par année civile
Acupuncteur	Non couvert	Montant global de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant global de 750 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes
Chiropraticien	Non couvert		
Diététiste ou nutritionniste	Non couvert		
Homéopathe	Non couvert		
Massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute	Non couvert		
Naturopathe	Non couvert		
Ostéopathe	Non couvert		
Podiatre ou podologue	Non couvert		
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, thérapeute du sport ou kinésiologue	250 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes	500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes	750 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes
Psychologue**, travailleur social, conseiller en orientation, psychothérapeute, psychoéducateur ou psychanalyste	1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes	1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes	1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES

*** Pour que les services rendus par les spécialistes énumérés ci-dessus soient admissibles, ces professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et les services rendus doivent relever de leur spécialité.**

**** Les frais de psychothérapie rendue par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec sont également admissibles.**

Tous les montants ci-dessus sont exprimés en frais payables, par personne assurée et par année civile.

- r) Les vaccins, y compris les vaccins de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et donnés par un médecin ou une infirmière.

3) Frais pour soins de la vue :

Options B et C :

Lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, les frais mentionnés ci-dessous en a) pour l'option B ou C et b) pour l'option C, il a droit au remboursement de 80 % de ces frais pour l'option B et 90 % de ces frais pour l'option C, jusqu'à concurrence des maximums indiqués :

- a) frais pour examen de la vue, y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 50 \$ pour les options B ou C, par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs;
- b) frais pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes, y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ainsi que les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ pour l'option C, par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble de ces frais.

4) Le service Info Accès-Santé :

Options A, B et C

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui offre un accès rapide à une infirmière qualifiée afin d'obtenir des conseils en toute confidentialité en cas de problème de santé non urgent.

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

- Santé
- Vaccination
- Prise de médicaments ou de produits naturels
- Soins aux enfants
- Ressources gouvernementales locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément d'informations à la consultation médicale. En cas de situation d'urgence médicale, l'infirmière recommandera de raccrocher et de composer le 911.

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

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

Provenance de l'appel

Numéro à composer

Partout au Canada

1 877 875-2632

5) Frais d'assurance voyage :

Options A, B et C :

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 5 000 000 \$ par personne assurée, et aux conditions suivantes :

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

Frais médicaux admissibles :

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

Frais admissibles de transport :

- a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;

- e) les frais de retour du véhicule de la personne assurée ou de celui qu'elle a loué, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même le véhicule et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Sont également admissibles, les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique. Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique et le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 2 500 \$ par voyage;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train) ou les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus et le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- h) les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne assurée et dont elle a la garde durant le voyage si la personne assurée doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures et si aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- i) le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne assurée si cette dernière doit être rapatriée et si aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne assurée; le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 500 \$ par voyage;
- j) les frais de transport de bagages de la personne assurée si elle doit être rapatriée, pour l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne ou le retour de bagages au lieu de résidence de la personne assurée si aucune autre personne ne peut les rapporter; le retour des bagages doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 300 \$ par voyage.

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

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

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

Le service Voyage Assistance

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

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;

- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Le service d'assistance-voyage « **Assistel** » est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

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

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

6) Frais de séjour pour une cure de désintoxication

Lorsqu'un employé assuré engage, pour lui-même, les frais mentionnés ci-dessous, il a droit au remboursement de 50 % de ces frais jusqu'à concurrence des maximums indiqués ci-dessous :

Frais de séjour pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu ou dans une clinique privée spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme telle, pourvu que l'état de la personne nécessite une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et que le séjour ait été préalablement approuvé par l'assureur, à raison d'un montant admissible de 80 \$ par jour et jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 3 000 \$.

Exclusions

- 1) Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés
 - a) à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
 - b) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
 - c) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
 - d) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
 - e) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside l'adhérent ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
 - f) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
 - g) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à l'article « Prestations »;
 - h) pour des produits anticonceptionnels, sauf ceux qui sont prévus à l'article « Prestations »;
 - i) pour des soins de chirurgie esthétique;
 - j) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
 - k) pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, pour l'achat de lunettes de soleil ainsi que pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes à des fins esthétiques;
 - l) pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire, pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes ou pour toute chirurgie pour corriger la vue (*Cette exclusion s'applique exclusivement à l'Option A*);

- m) pour des lunettes, des lentilles cornéennes et une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme (Cette exclusion s'applique exclusivement à l'option A et B);
- n) pour des appareils de contrôle tels les stéthoscopes ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- o) pour les équipements thérapeutiques de type « Obus form »;
- p) pour des cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- q) qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par le régime en question;
- r) pour tout produit ou médicament prescrit pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- s) pour des produits, des médicaments et des traitements reliés à la fertilité ou à l'infertilité qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les produits, médicaments et traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité ne sont pas couverts;
- t) pour des médicaments et des produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les médicaments et produits antitabac ne sont pas couverts;

- u) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- v) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

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

Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions applicables aux médicaments

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

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

Par ailleurs, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi à l'Université de Sherbrooke n'est pas visée par cette exclusion;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;

- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- i) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- j) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
 - i) le deltaplane et le parapente;
 - ii) le kite surf, si la personne couverte ne détient pas une qualification IKO de niveau 3 et plus;
 - iii) le parachutisme et la chute libre;
 - iv) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - v) l'escalade pratiquée à l'extérieur et pas en moulinette;
 - vi) l'alpinisme sur une route de difficulté cotée 4 ou 5 sur l'échelle du Yosemite Decimal System;
 - vii) le ski acrobatique pratiqué dans le cadre d'un entraînement, d'une préparation à une compétition ou d'une compétition;
 - viii) le ski hors-piste en dehors des itinéraires balisés ou surveillés d'une station de ski;
 - ix) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
 - x) les sports de combat; ou
 - xi) les courses et les entraînements de véhicules motorisés.

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

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

Limitation de la garantie

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par la présente police, les dispositions de cette police continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu de cette police soient modifiés en conséquence. La même règle s'appliquera dans le cas d'une augmentation des tarifs maxima applicables aux frais hospitaliers, lorsque cette augmentation sera supérieure à la dernière augmentation des rentes de retraite payables par la Régie des rentes du Québec.

COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

Coordination des prestations - Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés. L'assureur peut - sous réserve du consentement de l'assuré si la loi le prescrit - obtenir de toute personne ou communiquer à ladite personne tout renseignement qui pourrait être nécessaire à l'application de cette clause ou qui pourrait faciliter le paiement des prestations en vertu de la présente assurance.

Partage des remboursements - Si la personne assurée en vertu de la présente police est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, la présente police limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, 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 celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

Coordination des prestations pour l'assurance voyage - Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 6 mois, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de douze mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

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

Le défaut de transmettre la demande de prestations, les preuves et les renseignements dans les délais prévus n'entraîne pas le refus de la demande, pourvu que celle-ci, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

PROLONGATION

- 1) Lorsque l'assurance d'un adhérent se termine pour une autre raison que la fin du contrat, l'assureur continue de payer pour l'adhérent hospitalisé ou une personne à charge assurée hospitalisée lors de la fin de l'assurance, les frais hospitaliers prévus à l'article « Prestations » et engagés par suite de la continuation ininterrompue de l'hospitalisation après la fin de l'assurance, sans toutefois excéder une période maximale de prolongation de 12 mois et à condition que :
 - a) l'hospitalisation ait débuté avant la fin de l'assurance et qu'elle se poursuive sans interruption après la fin de l'assurance;
 - b) le présent contrat demeure en vigueur pendant la prolongation.

- 2) Lorsque l'assurance d'un adhérent se termine pour une autre raison que la fin du contrat, l'assureur paie pour l'adhérent totalement invalide ou la personne à charge assurée hospitalisée lors de la fin de l'assurance, les frais paramédicaux et de médicaments prévus à l'article « Prestations » et engagés par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de la fin de l'assurance, à condition que :
- a) l'adhérent ait engagé avant la fin de son assurance des frais pour lesquels des prestations sont payables en vertu de cette police, par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée;
 - b) l'invalidité totale ou l'hospitalisation se continue sans interruption;
 - c) l'employé et ses personnes à charge ne deviennent pas admissibles à un autre régime d'assurance accident-maladie;
 - d) ce contrat demeure en vigueur pendant la prolongation.
- 3) En cas de décès de l'adhérent, l'assurance voyage continue de s'appliquer à ses personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant jusqu'à la première des dates suivantes :
- a) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérent;
 - b) la date de la fin du voyage en cours.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine à la date à laquelle l'employé quitte le service de l'employeur.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance accident-maladie :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Si une modification aux régimes gouvernementaux a pour effet d'accroître les obligations de l'assureur en vertu du contrat, ce dernier continue de s'appliquer comme si les régimes gouvernementaux n'avaient pas été modifiés, sauf si le preneur et l'assureur en conviennent autrement par écrit.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de DSF. Le rôle de cette équipe consiste à évaluer le bien fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'équipe responsable du traitement des plaintes de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes

Desjardins Sécurité financière,

100, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 7N5

Par courriel à : plaintes@desjardins.com

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)

Catégorie 101

Cette garantie n'est pas assurée par DSF. Elle est administrée par DSF au nom du titulaire de police.

ADMISSIBILITÉ

Un employé doit être couvert en vertu du CDFS pour que ses personnes à charge soient admissibles.

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une demande de prestations jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de l'entente CDFS.

Montant de crédit alloué

Tel que déterminé par le titulaire de police par année de régime CDFS
Pour un adhérent engagé en cours d'année de régime CDFS, le montant sera proportionnel au nombre de mois couverts pour cette année de régime.

Année de régime CDFS

Du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année

FRAIS ADMISSIBLES

Tous les frais admissibles au Crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada (LIR) peuvent être couverts par le CDFS, selon ce qui est indiqué ci-dessous pour chaque type de frais.

Type de frais	Limitation
Médicaments	Frais couverts
Soins de la vue	Frais couverts
Soins dentaires	Frais couverts
Autres frais	Frais couverts

Le CDFS peut être utilisé pour payer les frais reliés aux soins de santé engagés par les adhérents ou leurs personnes à charge.

Pour la plupart des frais, une prescription d'un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé par la loi est requise et des conditions particulières ou des limites peuvent s'appliquer.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service ou la fourniture ont été obtenus.

UTILISATION DES CRÉDITS – REPORT DE CRÉDITS

Les crédits alloués à l'adhérent sont utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés au cours de l'année de régime CDFS. Si à la fin de l'année de régime CDFS il reste des crédits, ils sont reportés à l'année de régime CDFS suivante et doivent être utilisés au cours de cette année, sinon ils sont perdus.

Les demandes de prestations qui dépassent le montant des crédits alloués ne peuvent pas être reportées à l'année de régime CDFS suivante.

CRÉDITS DISPONIBLES LORS D'UNE REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Lors d'une réembauche au cours de la même année de régime CDFS que l'année de la cessation d'emploi, les crédits non utilisés sont réactivés.

GESTION DES CRÉDITS PENDANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

Lorsqu'un adhérent est absent du travail :

- 1) les crédits sont maintenus pendant que sa couverture est prolongée;
- 2) les crédits sont suspendus durant toute période pendant laquelle sa couverture n'est pas prolongée. Les crédits non utilisés avant le début de l'absence du travail sont réactivés si le retour au travail a lieu durant la même année de régime CDFS. Si le retour au travail a lieu au cours d'une année de régime CDFS subséquente, les crédits sont traités conformément à la clause d'utilisation des crédits applicable.

GESTION DES CRÉDITS À LA RETRAITE DE L'ADHÉRENT

Si au moment de la retraite de l'adhérent il reste des crédits, ils peuvent être utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés avant la date de la retraite.

GESTION DES CRÉDITS AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Si au moment du décès de l'adhérent il reste des crédits, seuls les frais admissibles engagés avant le décès de l'adhérent sont admissibles et doivent être soumis par ses personnes à charge ou ses représentants légaux.

SOUMISSION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

DSF gère les demandes de prestations pour qu'il y ait une coordination des prestations entre les régimes d'assurance publics, collectifs et individuels.

Les demandes de prestations doivent être soumises dans l'ordre suivant :

- 1) l'adhérent doit soumettre les frais admissibles au régime collectif en vertu duquel il est couvert en tant qu'employé. La même procédure s'applique au conjoint de l'adhérent et à toute autre personne à charge qui est couverte en tant qu'employé en vertu de son propre régime collectif. Les demandes de prestations pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime du parent qui a une couverture pour enfants à charge. Si les deux parents ont une telle couverture, les demandes de prestations doivent être soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile;
- 2) tout montant restant impayé après l'étape 1) doit être soumis au régime du conjoint pour la coordination des prestations;
- 3) tout montant restant impayé après les étapes 1) et 2) doit être soumis en vertu du CDFS.

Les prestations payables en provenance de toutes les sources ne peuvent jamais dépasser 100 % des frais engagés.

DSF doit recevoir toutes les demandes de prestations de frais engagés au cours de l'année de régime au plus tard 90 jours après la fin de l'année de régime. Toutes les demandes de prestations sont refusées après cette date.

SITUATIONS	DÉLAI
Retraite	90 jours après la date de la retraite
Décès de l'adhérent	90 jours après la date du décès

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE CESSATION DE COUVERTURE

DSF doit recevoir une demande de prestations dans les 90 jours qui suivent la date de la cessation de la couverture de l'adhérent ou le 31 janvier de l'année civile qui suit la date de la cessation de la couverture de l'adhérent, selon ce qui arrive en premier.

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE RÉSILIATION DE L'ENTENTE CDFS

Aucun versement de prestations n'est effectué dès la date de résiliation de l'entente CDFS, quelle que soit la date à laquelle les frais ont été engagés.

COMPTE MIEUX-ÊTRE (CME) N° E688A

Catégorie 101

Cette garantie n'est pas assurée par DSF. Elle est administrée par DSF au nom du titulaire de police.

ADMISSIBILITÉ

Un employé doit être couvert en vertu du CME pour que ses personnes à charge soient admissibles.

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une demande de prestations jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de l'entente CME.

Montant de crédit alloué

Tel que déterminé par le titulaire de police par année de régime CME

Pour un adhérent engagé en cours d'année de régime CME, le montant sera proportionnel au nombre de mois couverts pour cette année de régime.

Année de régime CME

Du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous qui ne sont pas admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Frais d'inscription ou d'abonnement aux activités et services suivants :

- Centre de conditionnement physique
- Équipe sportive
- Club sportif, association ou ligue sportive
- Cours d'aérobic, de danse, de yoga, de golf, de natation et d'autres sports semblables
- Activités physiques
- Clubs de course ou de marche
- Marathon
- Programme sports-études ou camp de jour sportif
- Location d'un terrain de tennis, de racquetball, de badminton, de squash, de soccer, de baseball ou d'autres installations semblables
- Accès à un terrain de golf, à une patinoire, à des sentiers de randonnée pédestre ou équestre, à des sentiers de ski de fond ou de raquettes et à d'autres lieux semblables
- Passes de ski, billets de remontée mécanique et autres dépenses semblables
- Frais liés à l'entraînement pour un marathon, un triathlon ou d'autres sports semblables
- Honoraires d'un entraîneur privé

ÉQUIPEMENT POUR ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Frais d'achat, de location ou d'entretien de :

- Chaussures et bottes de sport ou spécialisées
- Vêtements de sport ou spécialisés
- Tapis roulant, appareil elliptique, rameur, appareil de musculation multi-stations, vélo stationnaire et autres appareils semblables
- Ballons de soccer, ballons de basketball, balles de tennis, volants de badminton, boules de bowling et autres équipements semblables
- Raquettes de sports, patins à glace, patins à roulettes, bâtons de golf, bâtons de hockey, gants de baseball et autres équipements semblables
- Canots, kayaks, pagaies et avirons
- Bicyclettes
- Skis alpins, skis de fond, planches à neige et autres équipements semblables
- Lunettes, masques, casques, jambières, genouillères et autres équipements de protection pour le sport
- Chronomètre
- Poids et haltères
- Poussettes de jogging, remorques de vélo pour enfants, sièges de vélo pour enfants et autres produits semblables
- Vestes de sauvetage

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Tapis de yoga, matelas et tapis de sol |
| <ul style="list-style-type: none">• Équipement pour la pratique de l'escalade |

Le CME peut être utilisé pour payer les frais engagés par l'adhérent ou ses personnes à charge.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service ou la fourniture ont été obtenus.

FRAIS NON ADMISSIBLES

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) frais de santé et dentaires couverts en vertu de la police ou du compte de dépenses de frais de santé;
- 2) frais admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux conformément aux règles établies par la Loi de l'impôt sur le revenu et l'Agence du revenu du Canada (ARC);
- 3) tous frais non inclus dans la liste des frais admissibles.

UTILISATION DES CRÉDITS – REPORT DE CRÉDITS

Les crédits alloués à l'adhérent sont utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés au cours de l'année de régime CME. Si à la fin de l'année de régime CME il reste des crédits, ils sont reportés à l'année de régime CME suivante et doivent être utilisés au cours de cette année, sinon ils sont perdus.

Les demandes de prestations qui dépassent le montant des crédits alloués ne peuvent pas être reportées à l'année de régime CME suivante.

CRÉDITS DISPONIBLES LORS D'UNE REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Lors d'une réembauche au cours de la même année de régime CME que l'année de la cessation d'emploi, les crédits non utilisés sont réactivés.

GESTION DES CRÉDITS PENDANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

Lorsqu'un adhérent est absent du travail :

- 1) les crédits sont maintenus pendant que sa couverture est prolongée;
- 2) les crédits sont suspendus durant toute période pendant laquelle sa couverture n'est pas prolongée. Les crédits non utilisés avant le début de l'absence du travail sont réactivés si le retour au travail a lieu durant la même année de régime CME. Si le retour au travail a lieu au cours d'une année de régime CME subséquente, les crédits sont traités conformément à la clause d'utilisation des crédits applicable.

GESTION DES CRÉDITS À LA RETRAITE DE L'ADHÉRENT

Si au moment de la retraite de l'adhérent il reste des crédits, ils peuvent être utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés avant la date de la retraite.

GESTION DES CRÉDITS AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Si au moment du décès de l'adhérent il reste des crédits, seuls les frais admissibles engagés avant le décès de l'adhérent sont admissibles et doivent être soumis par ses personnes à charge ou ses représentants légaux.

SOUSSION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

DSF doit recevoir toutes les demandes de prestations de frais engagés au cours de l'année de régime au plus tard 90 jours après la fin de l'année de régime CME. Toutes les demandes de prestations sont refusées après cette date.

SITUATIONS	DÉLAI
Retraite	90 jours après la date de la retraite
Décès de l'adhérent	90 jours après la date du décès

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE CESSATION DE COUVERTURE

DSF doit recevoir une demande de prestations dans les 90 jours qui suivent la date de la cessation de la couverture de l'adhérent ou le 31 janvier de l'année civile qui suit la date de la cessation de la couverture de l'adhérent, selon ce qui arrive en premier.

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE RÉSILIATION DE L'ENTENTE CME

Aucun versement de prestations n'est effectué dès la date de résiliation de l'entente CME, quelle que soit la date à laquelle les frais ont été engagés.

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

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

desjardinsassurancevie.com/adherent



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins^{MD}, Desjardins Assurances^{MC} et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 desjardinsassurancevie.com