



Votre régime d'assurance collective



UDS Université de
Sherbrooke

Polices n° E688

**Employés SEESUS temporaires
travaillant 28 heures et plus par semaine
(Catégorie 013)**



Desjardins
Assurances
—
Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective



Polices n° E688

**Employés SEESUS temporaires
travaillant 28 heures et plus par semaine
(Catégorie 013)**

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.....	7
Preuves d'assurabilité	9
Début de l'assurance	10
Absence du travail.....	11
Fin de l'assurance.....	12
Prolongation de l'assurance	12
Droit de transformation.....	13
Modification du montant de l'assurance.....	13
Exonération des primes.....	13
Limitations générales	14
Demande de prestations	15
DESCRIPTION DES GARANTIES	17
Assurance vie de base	17
Assurance vie supplémentaire (employé et conjoint)	19
Assurance salaire de courte durée.....	20
Assurance salaire de longue durée	23
Assurance accident-maladie.....	27

1) Frais hospitaliers	27
2) Frais de médicaments, paramédicaux et autres frais	28
Tableau des frais de médicaments.....	30
Tableau des frais paramédicaux et des autres frais admissibles.....	34
3) Frais pour soins de la vue.....	38
4) Frais de séjour pour une cure de désintoxication	39
5) Le service Info Accès-Santé.....	39
6) Assurance voyage.....	40
Offre d'assurance en cas d'annulation de voyage	52
BON À SAVOIR	53

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.

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, 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.

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 et fait partie de la catégorie suivante :

Employés SEESUS temporaires travaillant 28 heures et plus par semaine.

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.

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
- d) 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) L'employé temporaire est admissible à l'assurance à la date exacte qui suit 90 jours d'ancienneté.
- 2) 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.
- 3) L'employé qui revient au travail plus de 12 mois suivant le début de sa cessation d'emploi est considéré comme un nouvel employé.
- 4) 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.
- 5) **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 assurés 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.

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

- ♦ Assurance vie de base : pour une somme assurée égale à une fois le salaire annuel de l'employé;
- ♦ Assurance salaire de courte durée;
- ♦ Assurance salaire de longue durée;
- ♦ Assurance accident-maladie : pour l'**Option 2** avec protection individuelle.

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 pourra modifier son choix d'option à la garantie d'assurance accident-maladie le 1^{er} janvier de chaque année paire et aux 24 mois par la suite, sauf 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

- 1) 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.
- 2) Des preuves d'assurabilité sont également exigées lorsque l'employé désire augmenter son assurance vie de base, sauf lorsqu'il déclare une personne à charge pour la première fois et que la demande de modification est soumise dans les 31 jours de l'événement.

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.

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.

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) 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

Lorsque l'assurance d'un employé âgé de moins de 70 ans se termine parce qu'il quitte son emploi, son assurance vie demeure en vigueur gratuitement durant les 31 jours qui suivent la date de son départ. Au cours de cette période de 31 jours, il peut, sans fournir de preuve d'assurabilité, transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire. Le montant maximum qui peut être transformé est limité au montant de son assurance vie collective. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire.

Pour tout conjoint assuré de moins de 70 ans dont l'assurance vie prend fin parce que l'employé décède ou quitte le service de l'employeur ou parce que le conjoint cesse d'être admissible à l'assurance, l'assurance vie se prolonge pendant les 31 jours qui suivent cette date. Au cours de cette période, il peut obtenir sans fournir de preuve d'assurabilité, une assurance vie individuelle permanente.

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

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 d'invalidité ou de décès

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

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 :

1, 3 ou 5 fois le salaire annuel, au choix de l'employé, le produit arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ s'il n'est pas déjà un tel multiple
Somme assurée maximale : 200 000 \$

Cette assurance est réduite de 50 % le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employé atteint 65 ans.

Paiement anticipé

1) Sur acceptation de l'assureur, tout employé assuré totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée payable à son décès.

Ce paiement est toutefois limité à 50 % de la somme assurée et ne peut être inférieur à 5 000 \$ ni supérieur à 100 000 \$. 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.

2) Lors du décès de l'employé assuré, le montant payable en vertu de cette garantie est réduit de la somme de a) et de b) :

a) le montant du paiement anticipé;

b) les intérêts courus sur le montant en a). Le taux est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Lors du paiement anticipé, le taux utilisé sera le dernier publié l'année civile précédant le paiement, dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

3) Le preneur, l'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, demeure responsable du versement de la prime à moins que l'employé assuré 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 bénéficiaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE (employé et conjoint)

Somme assurée

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

Par tranches de 25 000 \$, au choix de l'employé,

- ♦ Somme assurée maximale de l'employé : 2 000 000 \$. Ce montant maximum est combiné avec le montant maximum de l'assurance vie de base de l'adhérent.
- ♦ Somme assurée maximale du conjoint : 1 000 000 \$.

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

Exclusion et limitation relatives à l'assurance vie supplémentaire

- 1) 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 de l'employé ou de son conjoint non-fumeur par rapport à celles d'un employé ou de son conjoint fumeur.
- 2) Si l'employé 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 assurance ou d'un 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.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Toute absence maladie de 3 jours calendrier et moins est payée par l'Université sans perte de son salaire régulier. À compter du 4^e jour et, jusqu'à concurrence du 108^e jour de l'absence due à une maladie, un accident ou une hospitalisation, l'assureur du régime verse des prestations si la réclamation était acceptée en conformité avec ce régime.

Lorsqu'un employé assuré de moins de 75 ans devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Rente hebdomadaire : 75 % du salaire hebdomadaire au début de l'invalidité totale

Rente hebdomadaire maximale : 1 500 \$

Début de la rente en cas d'accident, maladie ou hospitalisation : 4^e jour civil d'invalidité totale (3^e jour ouvrable prévu à l'horaire de l'employé pour les adhérents dont les quarts de travail sont de plus de 8 heures par jour).

Par hospitalisation, on entend une admission à l'hôpital comme patient alité dont la durée d'hospitalisation est de 18 heures et plus.

Durée maximale : 108 jours (incluant le délai de carence)

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/5 par jour d'invalidité.

La rente est imposable et elle est diminuée des rentes 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 la Loi sur l'assurance-emploi, de toute prestation à laquelle l'employé a droit en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada (mais à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant) ou de toute loi similaire.

Néanmoins, dans tous les cas, le service de la rente prend fin à la date à laquelle l'employé assuré atteint l'âge de 75 ans ou prend sa retraite, selon le premier événement à survenir. Toutefois, si l'employé assuré devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :

- 1) la date à laquelle cet employé a reçu des prestations pendant 15 semaines;
- 2) la date à laquelle cet employé cesse d'être totalement invalide;
- 3) la date à laquelle cet employé prend sa retraite.

Programme de rééducation

Dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur, l'employé totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur ou faire l'objet d'un retour progressif au travail.

Pendant la durée du retour progressif au travail, le montant de la rente hebdomadaire est réduit au prorata du nombre de jours travaillés durant la semaine.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employé atteint 75 ans ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle il prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

Exclusions relatives à l'assurance salaire de courte durée

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'employé à une émeute, à une insurrection, à un crime ou à un attentat quelconque;
 - c) pendant que l'employé 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 prévues à la section « Absence du travail »;
- 2) si l'employé n'est pas sous les soins continus d'un médecin;
- 3) 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;
- 4) 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.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un employé assuré de moins de 65 ans devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente mensuelle s'il demeure invalide après épuisement des prestations d'assurance salaire de courte durée, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Rente mensuelle : 90 % du salaire mensuel net au début de l'invalidité totale

Rente mensuelle maximale : 12 000 \$

Début de la rente : après la fin des prestations d'assurance salaire de courte durée

Durée maximale des prestations : jusqu'à 65 ans

Indexation de la rente mensuelle : le 1^{er} janvier de chaque, selon l'indice des prix à la consommation; la première augmentation prenant effet une fois que la rente mensuelle a été versée pendant une période de 24 mois consécutifs

Maximum : 3 % par année

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/30 par jour d'invalidité.

La 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 que 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 l'employeur.

Elle est également 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'employé assuré au début de son invalidité totale. 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 l'indemnité supplémentaire payable à titre de cotisation au Régime de retraite de l'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE.

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 étant égale au moins 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 garantie, 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 du 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.

Fin de l'assurance

Cette assurance se termine le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employé atteint 65 ans ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle il prend sa retraite, selon le premier événement à survenir.

Exclusions relatives à l'assurance salaire de longue durée

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'employé à une émeute, à une insurrection, à un crime ou à un attentat quelconque;

- d) pendant que l'employé 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 prévues à la section « Absence du travail »;
- 2) si l'employé n'est pas sous les soins d'un médecin;
 - 3) si l'employé 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'employé 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.

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

L'employé a le choix entre 3 options qui offrent des niveaux différents de protection soit, l'Option 1, 2 ou 3.

1) Frais hospitaliers

En cas d'hospitalisation au Canada, d'un employé assuré ou d'une personne à charge assurée, l'assureur rembourse les frais hospitaliers engagés selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Frais d'hospitalisation en général au Canada pour des soins de courte durée :

Options 1 et 2 : coût d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de l'employé, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Option 3 : coût d'une chambre privée, dans la province de résidence de l'employé, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 125 \$ par jour, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Frais d'hospitalisation au Canada en raison de convalescence dans des hôpitaux spécialisés ou des maisons de convalescence reconnues par l'assureur :

Options 1, 2 et 3 : coût d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de l'employé, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation.

2) Frais de médicaments, paramédicaux et autres frais

Lorsqu'un employé assuré doit engager des frais admissibles pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Franchise :

- ♦ Option 1 : 125 \$ par année civile par employé ou par famille
- ♦ Option 2 : 35 \$ par année civile par employé ou par famille
- ♦ Option 3 : Aucune franchise

Pourcentage de remboursement :

Frais de médicaments admissibles :

Options 1, 2 et 3 :

- 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 si la prescription du médecin porte la mention « PAS DE SUBSTITUTION »
 - 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et si la prescription du médecin ne porte pas la mention « PAS DE SUBSTITUTION »

Incluant la carte de paiement direct de médicaments

Frais paramédicaux et autres frais admissibles :

Options 1, 2 et 3 : remboursables à 100 %

Les frais admissibles ne sont remboursables qu'après déduction, pour chaque année civile, de la franchise. Les frais admissibles sont les frais engagés pour tout service ou article prévu ci-après, sous réserve de ce qui suit :

- a) **Les services et articles énumérés de a) à f) inclusivement au TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET DES AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** doivent être recommandés par le médecin traitant sinon les frais ne sont pas remboursés.
- b) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'employé assuré ou de ses personnes à charge assurées.
- c) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- d) 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.
- e) Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'employé assuré 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 garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

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'employé, les frais de médicaments se définissent de la façon suivante :

Option 1

- a) Les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à leur égard s'ils n'étaient pas assurés 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 2 et 3

- a) Les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à leur égard s'ils n'étaient pas assurés 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 et qui sont obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, étant entendu que les produits suivants ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

- i) shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- ii) cosmétiques et produits pour soins esthétiques;
- iii) produits pour l'entretien de lentilles cornéennes;
- iv) produits dits naturels et préparations homéopathiques;

- v) huile de teint (écran solaire);
 - vi) savons;
 - vii) laxatifs d'usage courant;
 - viii) anti-acides stomacaux d'usage courant;
 - ix) émoullients épidermiques;
 - x) désinfectants et pansements usuels;
 - xi) gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
 - xii) eaux minérales;
 - xiii) préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - xiv) protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
 - xv) produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite;
 - xvi) tout produit ou médicament prescrit pour le traitement de dysfonctions sexuelles.
- b) Les contraceptifs oraux obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
 - c) Les médicaments pour cure d'amaigrissement obtenus sur recommandation médicale.
 - d) Les sérums et injections (incluant ceux pour une cure d'amaigrissement) 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 1, 2 et 3

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.

Tableau des frais paramédicaux et des autres frais admissibles

Options 1, 2 et 3

- 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 7 500 \$ 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) rayons X et analyses de laboratoire;
 - ii) traitements au radium ou aux rayons X;
 - iii) oxygène;
 - iv) sang, plasma sanguin et transfusions;
 - v) techniques d'imagerie par résonance magnétique, tomographie et échographie, remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile par personne assurée.
- 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 de 150 \$ de frais payables par personne assurée pour toute la durée du contrat 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 sont couverts jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais payables par radiographie et de deux (2) radiographies par année civile par personne assurée.
- 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/rélectomètre) 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 vaccins, y compris les vaccins de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et donnés par un médecin ou une infirmière.
- r) Les soins donnés par les spécialistes énumérés au tableau ci-dessous sont admissibles jusqu'à concurrence des maximums indiqués.

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES			
SPÉCIALISTES *	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Audiologiste et Orthophoniste	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Chiropraticien et Ostéopathe	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Massothérapeute (sous recommandation médicale) et Orthothérapeute	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Podiatre, Acupuncteur, Homéopathe, Naturopathe, Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Nutritionniste	25 \$ par visite maximum : 250 \$ par spécialiste	30 \$ par visite maximum : 360 \$ par spécialiste	40 \$ par visite maximum : 600 \$ par spécialiste
Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Thérapeute du sport, Psychiatre	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Psychologue**	Maximum : 500 \$	Maximum : 500 \$	Maximum : 1 000 \$
Psychanalyste (en cabinet privé)	80 \$ par visite maximum : 400 \$	80 \$ par visite maximum : 400 \$	80 \$ par visite maximum : 400 \$
<p>* 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.</p> <p>** Les frais de psychothérapie rendue par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec sont également admissibles.</p>			

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES			
SPÉCIALISTES *	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Tous les montants ci-dessus sont exprimés en frais payables, par personne assurée et par année civile.			

3) Frais pour soins de la vue

Options 2 et 3

Lorsqu'un employé assuré en vertu de l'**Option 2 ou 3** engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, les frais mentionnés ci-dessous en a) et b), il a droit au remboursement de 100 % de ces frais jusqu'à concurrence des maximums indiqués en a) et b) :

- 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 l'Option 2 ou 3**, 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 écrit 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 **200 \$ pour l'Option 2** ou de **250 \$ pour l'Option 3**, par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble de ces frais.

4) 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 \$.

5) Le service Info Accès-Santé

Options 1, 2 et 3

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

6) Assurance voyage

Options 1, 2 et 3

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 « **Sigma 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

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 :

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) 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;

- 3) 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;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 5) 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;
- 6) 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;

- 7) 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;
- 8) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;

- 9) 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;
- 10) 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.

Exclusions, restrictions et limitations relatives à l'assurance accident-maladie

- 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'employé 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 dans la présente garantie;
 - h) pour des produits anticonceptionnels, sauf ceux qui sont prévus dans la présente garantie;
 - 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 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 1*);

- m) 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;
- n) pour les équipements thérapeutiques de type « Obus form »;
- o) 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;
- p) 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;
- q) pour tout produit ou médicament prescrit pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- r) 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;
- s) 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;
- t) 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;
- u) 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.

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

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

Fin de l'assurance

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

OFFRE D'ASSURANCE EN CAS D'ANNULATION DE VOYAGE

L'assurance en cas d'annulation de voyage n'est pas incluse dans le régime d'assurance de l'employé, mais celui-ci peut l'obtenir auprès de l'assureur.

L'assurance en cas d'annulation de voyage rembourse les frais payés à l'avance ou certains frais supplémentaires qui doivent être engagés si des circonstances imprévisibles obligent à annuler le voyage ou à l'interrompre en cours de route.

La demande d'assurance en cas d'annulation de voyage doit être faite au cours des 7 jours suivant le dépôt initial consécutif à l'achat du voyage.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Québec	(418) 838-7830
Région de Montréal	(514) 285-7830
Ailleurs au Québec et au Canada	1 800 463-7830 (sans frais)

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 ».

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