



Votre régime



Polices 13K00 et 1HB60
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
MÉDECINS MEMBRES DE LA FMOQ

Édition janvier 2024

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

et

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Numéros de polices :

13K00

1HB60 (Assurance en cas de maladie grave)

ÉDITION JANVIER 2024

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour SSQ Assurance, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre droit de retrait de consentement) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons SSQ Assurance recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui SSQ Assurance communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs

- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité à l'adresse suivante :

<https://www.beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels>

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais SSQ Assurance ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	16
Définitions.....	16
Participation	22
Périodes d'application de l'assurance	26
Paiement des prestations	31
Exonération des primes en cas d'invalidité totale	32
Restriction pour antécédents médicaux	34
Limitation des engagements contractuels.....	34
Changements d'assureur	34
RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE	35
Dispositions communes à toutes les options.....	35
Médicaments (Assurance maladie).....	43
Hospitalisation (Assurance maladie).....	46
Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie).....	47
Assurance annulation de voyage (Assurance maladie).....	52
Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie).....	59
Professionnels de la santé (Assurance maladie)	60
Autres frais médicaux (Assurance maladie).....	62
RÉGIME B – VOTRE ASSURANCE VIE.....	67
RÉGIME C – ASSURANCE VIE DE VOTRE CONJOINT	70
RÉGIME D – ASSURANCE DE VOS ENFANTS À CHARGE.....	72
Assurance vie	72
RÉGIME D – ASSURANCE DE VOS ENFANTS À CHARGE (SUITE).....	74
Assurance en cas de mort ou mutilation par accident	74
RÉGIME E – VOTRE ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT ...	79
RÉGIME F – ASSURANCE DE VOTRE CONJOINT EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT	86
RÉGIME G – VOTRE ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ..	91
RÉGIME H – VOTRE ASSURANCE FRAIS DE BUREAU	99

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRE.....	103
Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires)	107
Soins de base (Assurance soins dentaires).....	109
Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires).....	111
ANNEXE A - OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE - ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (RÉGIME G)	112
ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE (POLICE 1HB60).....	115

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Le présent document décrit les dispositions contractuelles du
Régime des médecins membres de la FMOQ.

Dispositions en vigueur le 1^{er} janvier 2024

Numéro de police :

13K00

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (à moins d'indication contraire) pour le Régime d'assurance collective des médecins membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Il comporte la description de tous les régimes possibles, mais votre assurance se limite aux régimes que vous avez réellement choisis.

Numéro et nom du groupe	13K00 – Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	<ul style="list-style-type: none">• Tous les médecins membres de la FMOQ ayant moins de 65 ans et exerçant leurs activités professionnelles selon un horaire normal de 20 heures ou plus par semaine• Tous les médecins membres de la FMOQ ayant 65 ans ou plus et exerçant leurs activités professionnelles sans égard au nombre d'heures travaillées par semaine• Tous les médecins retraités de moins de 65 ans et membres de la FMOQ, assurés par le présent régime immédiatement avant de prendre leur retraite, et ce, sans interruption• Tous les médecins retraités de plus de 65 ans, membres ou non membres de la FMOQ, assurés par le présent régime immédiatement avant de prendre leur retraite, et ce, sans interruption
Date d'admissibilité des nouveaux membres	Date d'admission au Collège des médecins du Québec
Délai permettant une adhésion à certaines assurances sans preuves d'assurabilité	120 jours, à compter de la date d'admissibilité
Restriction pour antécédents médicaux	Pendant les 12 premiers mois consécutifs de l'assurance, pour les traitements et soins médicaux reçus au cours des 6 mois précédant l'entrée en vigueur de l'assurance

TABLEAU DES GARANTIES

Protections	Options R et C	Option A	Option B
⁽¹⁾ Si vous vous choisissez d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant, à condition également que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.			
Voyage			
Pourcentage de remboursement	Sans objet	100 %	100 %
Assurance voyage avec assistance	Non couvert	Maximum de 5 000 000 \$ par événement	
Assurance annulation de voyage	Non couvert	Maximum de 10 000 \$ par événement	

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME A – Assurance maladie (Option B seulement)

Protections	Option B
Hospitalisation	
Pourcentage de remboursement	100 %
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre privée
Établissements pour soins spécialisés	
Pourcentage de remboursement	80 %
Centre de réadaptation*	Chambre semi-privée – Maximum de 180 jours par année civile
Maison de convalescence*	Chambre semi-privée
Professionnels de la santé	
Pourcentage de remboursement	80 %
Audiologiste	
Ergothérapeute	
Orthophoniste	
Ostéopathe Podiatre	Maximum d'un traitement par jour Maximums de 35 \$ de frais admissibles par visite et de 700 \$ par année civile, pour chacun de ces professionnels
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	
Psychanalyste Psychiatre Psychologue Psychothérapeute Travailleur social	Maximum de 1 200 \$ par année civile pour chacun de ces professionnels

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Protections	Option B
Autres frais médicaux	
Pourcentage de remboursement	80 %
Accessoires pour pompe à insuline*	
Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train	
Analyses de laboratoire*	
Appareil auditif*	Maximum de 600 \$ de frais admissibles par période de 48 mois consécutifs
Appareil d'assistance respiratoire*	
Appareils orthopédiques*	
Appareils thérapeutiques* Prothèses mammaires*	Maximum global de 50 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces articles
Articles pour stomie*	
Bas de contention*	Maximum de 3 paires par année civile
Chaussures orthopédiques*	
Chaussures profondes*	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	Maximum de 5 000 \$ par accident
Cure de désintoxication*	Maximum de 80 \$ de frais admissibles par jour et maximum de 2 500 \$ à vie
Échographies* (hors de l'hôpital)	Maximum de 300 \$ par année civile

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Protections	Option B
Électrocardiogrammes*	
Fauteuil roulant et marchette*	
Glucomètre*	Maximum de 300 \$ de frais admissibles par période de 60 mois consécutifs
Infirmier*	Maximum de 10 000 \$ par année civile
Injections sclérosantes*, pour les personnes assurées de moins de 65 ans seulement	Maximum de 20 \$ de frais admissibles par visite
Lentilles intraoculaires*	
Lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une chirurgie de la cataracte*	Maximum de 820 \$ à vie
Lit d'hôpital*	
Neurostimulateur transcutané*	Maximum de 1 000 \$ de frais admissibles par période de 60 mois consécutifs
Orthèses plantaires*	
Pompe à insuline*	Maximum de 10 000 \$ par période de 60 mois consécutifs
Prothèse capillaire*	Maximum de 300 \$ à vie
Prothèses externes et membres artificiels*	Maximum de 5 000 \$ par membre perdu
Prothèses mammaires*	Voir « Appareils thérapeutiques »
Radiographies*	

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Protections	Option B
Résonances magnétiques*	Maximum d'une fois par année civile
Soutiens-gorges postopératoires*	Maximum de 2 par année civile
Stérilets*	
Tomodensitométries*	Maximum d'une fois par année civile
Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles*	
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME B – Votre assurance vie

Montant d'assurance	Multiple de 10 000 \$, en fonction de la prime payable
Minimum	50 000 \$
Maximums	1 500 000 \$ avant l'âge de 65 ans 500 000 \$ de 65 à 69 ans 250 000 \$ à partir de l'âge de 70 ans
Preuves d'assurabilité	Requises. Toutefois, si vous faites une demande d'assurance dans les 120 jours suivant votre admission au Collège des médecins, vous n'aurez pas à fournir de preuves d'assurabilité pour les montants d'assurance suivants : <ul style="list-style-type: none">• 300 000 \$ si vous avez alors moins de 30 ans• 200 000 \$ si vous avez alors au moins 30 ans, mais moins de 35 ans• 150 000 \$ si vous avez alors au moins 35 ans, mais moins de 40 ans
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

RÉGIME C – Assurance vie de votre conjoint

Montant d'assurance	Multiple de 10 000 \$, en fonction de la prime payable
Minimum	50 000 \$
Maximums	250 000 \$ avant votre 70 ^e anniversaire de naissance 100 000 \$ à partir de votre 70 ^e anniversaire de naissance
	Preuves d'assurabilité requises
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME D – Assurance de vos enfants à charge

Assurance vie

Montant d'assurance	Enfants à charge de 24 heures ou plus : 10 000 \$
	Preuves d'assurabilité requises
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

Assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Montant d'assurance	Enfants à charge de 24 heures ou plus : 10 000 \$
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME E – Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Montant d'assurance	Multiple de 10 000 \$, en fonction de la prime payable
Minimum pour médecins	50 000 \$
Maximum pour médecins	Égal au moindre de 250 000 \$ et de votre montant d'assurance vie
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

RÉGIME F – Assurance en cas de mort ou mutilation par accident de votre conjoint

Montant d'assurance	Multiple de 10 000 \$, en fonction de la prime payable
Minimum	50 000 \$
Maximum	Égal au moindre de 250 000 \$ et du montant d'assurance vie de votre conjoint
Fin de l'assurance	Voir « Périodes d'application de l'assurance »

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME G – Votre assurance revenu en cas d’invalidité de longue durée

Somme assurée mensuelle	Multiple de 100 \$ en fonction de la prime payée
Minimum	500 \$
Maximum	Le moins élevé des montants suivants : a) 100 % de votre revenu mensuel brut immédiatement avant le début de l’invalidité; b) 20 000 \$
Preuves d’assurabilité	Requises. Toutefois, si vous faites une demande d’assurance dans les 90 jours suivant votre admission au Collège des médecins, vous n’aurez pas à fournir de preuves d’assurabilité pour les sommes assurées suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • 3 000 \$ si vous avez moins de 35 ans à la date de réception de la demande d’adhésion par l’administrateur; • 2 000 \$ si vous avez alors au moins 35 ans, mais moins de 40 ans à la date de réception de la demande d’adhésion par l’administrateur. Vous n’êtes pas admissible à cette exemption si vous détenez déjà une protection d’assurance invalidité.
Montant des prestations	
Invalidité totale et présomption d’invalidité	100 % de la somme assurée
Invalidité partielle	La somme assurée multipliée par le pourcentage de perte de revenu net
Délai de carence	Choix de 30, 90 ou 180 jours d’invalidité totale
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Imposition des prestations	Non imposables, pourvu que vous ayez payé la totalité des primes personnellement

TABLEAU DES GARANTIES

Fin du versement des prestations	
Invalidité totale :	<ul style="list-style-type: none"> i) Option 70 ans : à votre 70^e anniversaire de naissance. Toutefois, lorsque le début de la période d'invalidité totale survient entre l'âge de 68 et 70 ans, le paiement des prestations s'étend sur une période maximale de 24 mois. ii) Option 65 ans : à votre 65^e anniversaire de naissance. Toutefois, lorsque le début de la période d'invalidité totale survient entre l'âge de 63 et 70 ans, le paiement des prestations s'étend sur une période maximale de 24 mois.
Invalidité partielle :	Le jour de votre 65 ^e anniversaire de naissance
Fin de l'assurance	À votre 70 ^e anniversaire de naissance ou à la date à laquelle vous avisez l'administrateur de votre retraite si antérieure (Voir aussi « Périodes d'application de l'assurance »)

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME H – Votre assurance frais de bureau

Prestations	Multiple de 100 \$ en fonction de la prime payable Minimum : 500 \$ Maximum : 10 000 \$
	Preuves d'assurabilité requises*
Délai de carence	30 jours
Durée maximale normale des prestations	18 mois à partir du début des prestations
Prolongation de la durée des prestations	Si les frais engagés au cours d'un mois pour lesquels des prestations mensuelles sont payables en vertu de cette garantie n'atteignent pas le montant d'assurance que vous détenez, la durée maximale des prestations est prolongée jusqu'à 36 mois à partir du début des prestations, jusqu'à concurrence de ce même maximum.
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Fin de l'assurance	À votre 70 ^e anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite si antérieure (Voir « Périodes d'application de l'assurance »)

* Tout nouvel adhérent peut bénéficier d'une première tranche de 2 000 \$ d'assurance sans preuves d'assurabilité dans les 120 premiers jours de son admissibilité.

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME L – Assurance soins dentaires (Seulement avec l’option B d’assurance maladie)

Année de référence des tarifs suggérés maximums : Celle au cours de laquelle les services sont rendus.

Protections	Maximum de remboursement	Pourcentage de remboursement
Diagnostic et prévention		
Diagnostic		80 %
Prévention et appareil de maintien		
Soins de base		
Restauration mineure	2 000 \$ par année civile par personne assurée	75 %
Endodontie		
Parodontie		
Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible		
Réparation de pont fixe et de couronne		
Chirurgie buccale		
Services généraux complémentaires		
Services de prosthodontie		
Restauration majeure et prothèse fixe		50 %
Prothèse amovible		
Pont fixe		
Fréquence des examens de rappel	6 mois	
Fin de l’assurance	Voir « Périodes d’application de l’assurance »	

TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Régime facultatif d'assurance en cas de maladie grave
--

Assureur : SSQ, Société d'assurance inc. Police 1HB60
--

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles.

Administrateur du régime

Toute corporation désignée par le preneur du présent contrat. (Aux fins de la présente, SOGEMEC ASSURANCES INC. a été désigné par le preneur à titre d'administrateur.)

Conjoint

Se dit d'une personne :

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins un an et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne êtes séparés ou avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Enfant à charge

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et :

- avoir moins de 21 ans;
ou
- avoir 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- quel que soit son âge, être domicilié chez vous ou chez votre conjoint et être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique qui a débuté lorsque la personne répondait à l'une ou l'autre des conditions énoncées précédemment dans la présente définition et être demeuré continuellement invalide depuis cette date; l'invalidité doit rendre l'enfant incapable d'avoir une occupation véritablement rémunératrice et SSQ peut exiger à cet égard les preuves médicales qu'elle juge nécessaires.

Invalidité (pour le Régime G)

1) Option propre profession

Invalidité totale : État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche d'accomplir les principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles, qui exige des soins continus d'un autre médecin que vous-même et qui, s'il persiste après votre 65^e anniversaire de naissance, sans nécessairement exiger des soins médicaux continus, vous empêche alors complètement d'occuper tout emploi rémunérateur.

Il est toutefois entendu que 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.

Aux fins de cette définition, un emploi rémunérateur est un emploi pouvant rapporter un revenu minimum annuel brut au 1^{er} juin 2022 d'au moins 60 784 \$ et pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié grâce à votre éducation, votre formation ou votre expérience. Ce minimum de 60 784 \$ est indexé conformément aux dispositions de votre assurance assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée.

Un adhérent atteint par des maladies infectieuses transmissibles par le sang et à qui il devient contre-indiqué de pratiquer les tâches habituelles de ses fonctions à la suite d'une recommandation d'un groupe d'experts du COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC est considéré comme totalement invalide, dans la mesure où ses revenus provenant d'actes médicaux propices à la transmission d'une infection transmissible par le sang représentent 80 % de son revenu net de pratique. Si ses revenus provenant d'actes médicaux propices à la transmission d'une infection transmissible par le sang représentent moins de 80 % de son revenu total, cet adhérent pourrait être considéré comme partiellement invalide.

Présomption d'invalidité totale : L'adhérent qui subit l'une des pertes totales et définitives suivantes à la suite d'un accident ou d'une maladie est reconnu comme totalement invalide :

- l'usage de la parole;
- la vue des deux yeux;
- l'ouïe des deux oreilles;
- l'usage des deux mains ou des deux pieds;
- l'usage d'une main et d'un pied;
- d'une main ou d'un pied en raison de leur sectionnement définitif aux articulations des poignets ou des chevilles ou au-dessus.

Un membre qui exerce une spécialité chirurgicale est reconnu totalement invalide s'il perd de façon complète et définitive l'usage d'une main, y compris en raison de son sectionnement définitif à l'articulation du poignet ou au-dessus, pourvu que cette perte soit attribuable à un accident ou à une maladie.

Invalidité partielle : État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui :

- vous empêche d'accomplir une ou plusieurs des principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles ou prolonge la durée d'accomplissement habituelle de ces tâches;
- entraîne une perte de revenu d'au moins 20 % du revenu brut que vous touchiez immédiatement avant l'invalidité; et
- exige des soins continus d'un autre médecin que vous-même.

Il est toutefois entendu que 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 partielle soit reconnue.

2) Option revenus intégrés

Invalidité totale : État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche d'accomplir les principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles et qui exige des soins continus d'un autre médecin que vous-même. Vous ne devez occuper aucun emploi rémunérateur.

Il est toutefois entendu que 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.

Un adhérent atteint par des maladies infectieuses transmissibles par le sang et à qui il devient contre-indiqué de pratiquer les tâches habituelles de ses fonctions à la suite d'une recommandation d'un groupe d'experts du COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC est considéré comme totalement invalide, dans la mesure où ses revenus provenant d'actes médicaux propices à la transmission d'une infection transmissible par le sang représentent 80 % de son revenu net de pratique. Si ses revenus provenant d'actes médicaux propices à la transmission d'une infection transmissible par le sang représentent moins de 80 % de son revenu total, cet adhérent pourrait être considéré comme partiellement invalide.

Présomption d'invalidité totale : L'adhérent qui subit l'une des pertes totales et définitives suivantes à la suite d'un accident ou d'une maladie est reconnu comme totalement invalide :

- l'usage de la parole;
- la vue des deux yeux;
- l'ouïe des deux oreilles;
- l'usage des deux mains ou des deux pieds;
- l'usage d'une main et d'un pied;
- d'une main ou d'un pied en raison de leur sectionnement définitif aux articulations des poignets ou des chevilles ou au-dessus.

Un membre qui exerce une spécialité chirurgicale est reconnu totalement invalide s'il perd de façon complète et définitive l'usage d'une main, y compris en raison de son sectionnement définitif à l'articulation du poignet ou au-dessus, pourvu que cette perte soit attribuable à un accident ou à une maladie.

Invalidité partielle : État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui :

- vous permet d'occuper un emploi rémunérateur, mais entraîne une perte de revenu de plus de 20 % du revenu brut que vous touchiez immédiatement avant l'invalidité; et
- exige des soins continus d'un autre médecin que vous-même.

Il est toutefois entendu que 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 partielle soit reconnue.

Invalidité partielle (pour le Régime H)

État pathologique causé par un accident ou par une maladie, qui entraîne une perte d'au moins 20 % du revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité. Seule l'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée peut donner lieu à des prestations d'invalidité partielle.

Invalidité totale (pour le Régime H)

Incapacité complète causée par un accident ou par une maladie qui vous empêche d'accomplir les principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, tels que constatés par un médecin. Aux fins du contrat, le terme sert aussi à désigner les complications de grossesses, ainsi que les dons d'organes et leurs complications.

Médecin

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique.

Membre

Se dit de tout médecin possédant le statut d'omnipraticien et qui est membre de la FMOQ, de tout médecin retraité reconnu comme membre par la FMOQ et n'ayant pas renoncé à sa participation à la FMOQ.

Période d'invalidité (pour le Régime G)

Toute période continue d'invalidité totale ou partielle, ou toutes périodes successives d'invalidité totale ou partielle résultant d'une même maladie ou d'un même accident.

Durant le délai de carence, les périodes d'invalidité successives sont cumulées. Le temps alloué pour satisfaire le délai de carence en cumulant les périodes d'invalidité est de 12 mois.

Une fois le délai de carence écoulé, les périodes d'invalidité successives doivent être séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail actif à temps plein. Dans un tel cas, le délai de carence n'a pas à être satisfait de nouveau.

Si une invalidité résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité de la période d'invalidité précédente et que ces périodes successives d'invalidité sont séparées par au moins un jour de travail actif à temps plein, les périodes d'invalidité sont considérées comme des périodes d'invalidité distinctes. Dans un tel cas, le délai de carence doit être satisfait de nouveau.

Période d'invalidité totale (pour le Régime H)

Période au cours de laquelle vous êtes totalement invalide, que ce soit une période continue ou des périodes successives d'invalidité totale répondant à la définition de « Récidive d'invalidité totale » prévue ci-après.

Personne à charge

Se dit du conjoint et des enfants à charge du membre.

Personne assurée

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

Récidive d'invalidité totale (pour le Régime H)

Périodes successives d'invalidité totale

- dues aux mêmes causes et séparées par moins de 6 mois consécutifs au cours desquels vous avez été effectivement de retour à vos activités professionnelles habituelles ou avez été apte à l'être;
- ou
- dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été effectivement de retour à vos tâches professionnelles habituelles.

À la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Retraité

Se dit de tout adhérent considéré comme retraité par la FMOQ.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

Totalement invalide

Se dit d'une personne répondant à la définition d'« invalidité totale » du contrat.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Participation

1. Type de régime et règles de participation

- 1.1. Votre régime d'assurance collective est un régime à participation facultative:
- 1.2. Pour les membres de moins de 65 ans, la durée minimale de participation à une même option du Régime A est de 24 mois consécutifs.
- 1.3. Le droit de participer aux régimes est déterminé comme suit :

Pour participer au Régime suivant	Il faut aussi participer aux régimes suivants
Régime A	s.o.
Régime B	s.o.
Régime C	Régime B ou Régime G ou Régime H
Régime D	Régime B ou Régime G ou Régime H
Régime E	Régime B ou Régime G ou Régime H
Régime F	Régime B ou Régime G ou Régime H
Régime G	s.o.
Régime H	s.o.
Régime L	Régime A (option B) et l'un ou l'autre des Régimes B, G, H ou facultatif d'assurance maladies graves
Régime facultatif d'assurance en cas de maladie grave Adhérent Conjoint	Régime A Régime A et Régime facultatif d'assurance en cas de maladie grave (adhérent)

- 1.4. Les personnes admissibles à l'assurance, que ce soit à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge, y compris lorsqu'il s'agit d'un changement de conjoint ou de l'ajout d'un enfant à charge, doivent fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ pour participer à l'un ou l'autre des régimes énumérés au tableau. Cependant, certains montants d'assurance peuvent être obtenus sans preuve d'assurabilité si la demande en est faite par le membre dans les 120 jours suivant sa date d'admission au Collège des médecins du Québec.
- 1.5. La durée minimale de participation à l'assurance soins dentaires du Régime L est de 36 mois consécutifs et le membre qui cesse de participer à cette assurance ne peut plus y adhérer par la suite. De plus, le type de protection détenu (individuel, familial, monoparental ou couple) doit être le même que pour l'assurance maladie du Régime A. L'adhésion au Régime L n'est possible qu'au moment d'une des éventualités suivantes :
 - a) lors de l'adhésion initiale;

- b) lors d'un changement de statut en faveur d'un statut plus généreux (voir « Augmentation du statut de protection » et « Modification de la protection d'assurance »);
- c) lors de la fin d'une exemption de participation au Régime A;
- d) lors d'un changement d'option en faveur d'une option plus généreuse.

2. Conditions d'admission

- 2.1. À moins d'indication contraire, tout membre actif qui a moins de 65 ans au moment de sa demande d'adhésion et qui répond aux conditions d'admission énoncées au « **Tableau des garanties** » est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, de même que tout membre retraité qui était assuré par le régime de la FMOQ immédiatement avant la date de sa retraite et dont l'assurance n'a pas été interrompue depuis lors.
- 2.2. Pour le Régime G, l'assurance ne prend effet que si vous êtes alors au travail actif à temps plein ou l'était le dernier jour où vous deviez normalement l'être et si vous vous acquittiez des principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles. Si vous n'êtes pas au travail actif à temps plein le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, l'assurance prend effet le jour où vous retournez au travail actif à temps plein et vous vous acquittez de toutes vos fonctions professionnelles habituelles, sous réserve des autres dispositions de la police.
- 2.3. Dans tous les cas, les membres qui sont à l'extérieur du Canada doivent être inscrits au régime d'assurance maladie de leur province de résidence canadienne pour demeurer couverts par le régime de la FMOQ, le tout sous réserve des dispositions relatives au maintien en vigueur de l'assurance. Pour le Régime G, un adhérent qui cesse de satisfaire à la définition de membre de la présente police demeure admissible à l'assurance s'il continue de pratiquer sa profession habituelle aux États-Unis ou au Canada et pourvu qu'il soit alors membre d'une association de médecins généralistes.
- 2.4. Pour le Régime G, tout médecin généraliste détenant un permis restrictif (médecin à pratique restreinte) dont l'émission ne résulte pas d'un motif criminel demeure admissible à l'assurance.
- 2.5. Les décès et états d'invalidité qui ont un lien avec des invalidités ayant débuté pendant que la personne était assurée à leur égard à titre d'adhérent en vertu d'un contrat antérieur d'assurance collective ne sont pas pris en charge par les contrats collectifs subséquents, sauf dans les cas prévus par les normes canadiennes, ou par la loi le cas échéant.
- 2.6. Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.
- 2.7. Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne serait autrement admissible à l'assurance en vertu du nouveau contrat.
- 2.8. Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

- 2.9. Lorsque deux conjoints sont admissibles à titre de membres, chacun d'eux peut choisir d'être assuré à la fois à titre de membre et à titre de conjoint d'un membre.

3. Demandes d'adhésion

- 3.1. Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à l'intérieur des délais prévus au présent régime, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.
- 3.2. Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.
- 3.3. Dans tous les cas, vous devez aviser SSQ par écrit de l'ajout de toute nouvelle personne devant être assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge.
- 3.4. Un membre admissible au Régime G peut opter pour une ou plusieurs sommes assurées, assorties de l'un ou l'autre des choix pour chacun des éléments suivants :
- a) définition d'invalidité : option propre profession ou option revenus intégrés;
 - b) délai de carence : 30, 90 ou 180 jours;
 - c) durée du paiement des prestations mensuelles : option 70 ans ou option 65 ans.

4. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

- a) Tout montant d'assurance qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité;
- b) Tout montant d'assurance pour lequel la demande d'adhésion n'est pas faite à l'intérieur des délais prévus à cet égard.

Les règles suivantes s'appliquent au Régime A :

- a) Aucune preuve d'admissibilité n'est exigée pour adhérer à l'option R;
- b) Vous et vos personnes à charge devez toutefois fournir des preuves d'assurabilité pour pouvoir adhérer aux options A, B et C, sauf si vous faites une demande d'assurance dans les 120 jours de votre admission au Collège des médecins;
- c) Si vous avez déjà adhéré à l'option A ou à l'option B, vous pouvez passer de l'une à l'autre sans avoir à fournir de preuves supplémentaires, sous réserve des règles applicables au changement d'option.

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, vous disposez d'un délai de 31 jours pour adhérer à l'option B sans que des preuves d'assurabilité soient requises. Ce choix est irrévocable.

5. Personne assurée de 65 ans ou plus qui réside au Québec

- 5.1. SSQ présume que tout membre qui atteint l'âge de 65 ans choisit de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'assurance des médicaments. Il peut cependant choisir de maintenir cette assurance auprès du régime de la FMOQ, mais il doit alors payer la prime additionnelle requise. Dans ce cas, il peut en tout temps choisir de devenir assuré par le régime de la RAMQ. Toutefois, un membre qui choisit l'assurance médicaments de la RAMQ ne peut pas revenir sur son choix par la suite.

Périodes d'application de l'assurance

1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 00 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

2. Début de l'assurance

- 2.1. Sous réserve du paiement préalable de la prime requise, l'assurance que vous obtenez sans preuve d'assurabilité entre en vigueur à la date à laquelle vous y êtes devenu admissible si elle est reçue dans les 31 jours suivant cette date, sinon, à la date de réception de votre demande d'adhésion par SSQ ou par l'administrateur. L'assurance pour laquelle vous devez fournir des preuves d'assurabilité entre en vigueur à la date à laquelle SSQ les accepte, le cas échéant.
- 2.2. Les changements de statut ou de montant d'assurance entrent en vigueur à la dernière des dates suivantes :
 - a) le premier jour suivant la date de réception de la demande par SSQ, dans les cas où des preuves d'assurabilité ne sont pas exigibles;
 - b) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité, lorsqu'elles sont exigibles et acceptées par SSQ.
- 2.3. Sous réserve du paiement préalable de la prime requise, l'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :
 - a) la date d'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du Régime A;
 - b) la date à laquelle elles deviennent admissibles en leur qualité de conjoint ou d'enfant à charge;
 - c) la date à laquelle vous avisez l'administrateur de leur ajout à titre de personnes à charge;
 - d) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité, lorsqu'elles sont exigibles et acceptées par SSQ.
- 2.4. Toute garantie en vertu de laquelle vos enfants à charge sont assurés s'applique à tout nouvel enfant à charge (24 heures après la naissance pour ce qui est des garanties d'assurance vie).
- 2.5. L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Assurance non modifiable après l'âge de 65 ans ni en cas d'invalidité totale ou de retraite

Lorsque vous avez 65 ans ou plus (sous réserve des règles temporaires qui ont été déterminées lors de l'adoption des options R, A, B et C) et lorsque vous êtes retraité ou totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer vos montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lors d'un retour effectif au travail et à condition que vous ne soyez pas alors totalement invalide ni n'ayez 65 ans ou plus.

3.2 Augmentation du montant d'assurance

- i) Pour le Régime G, sous réserve des autres dispositions de la police, un adhérent qui désire modifier son assurance doit remplir une demande de modification à cet effet. De plus, il doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée résulte en une couverture supérieure par rapport à l'assurance qu'il détenait auparavant. Dans un tel cas, les modifications possibles sont les suivantes :
- a) augmentation de la somme assurée autre que celles prévues par les dispositions relatives à l'indexation prévues en vertu de la présente garantie;
 - b) modification de l'option revenus intégrés à l'option propre profession quant à la définition d'invalidité;
 - c) modification de l'option 65 ans à l'option 70 ans quant à la durée du paiement des prestations mensuelles;
 - d) réduction de la durée du délai de carence.

Une option d'assurabilité future s'applique à l'assurance des médecins qui deviennent membres de la FMOQ et qui adhèrent à l'assurance en question dans la période d'adhésion sans preuves d'assurabilité. Les caractéristiques de cette option d'assurabilité future se trouvent à l'annexe A.

- ii) Pour les autres Régimes, les augmentations de montant d'assurance ne peuvent être effectuées que pour les adhérents de moins de 65 ans qui ne sont pas invalides et qui ont fourni les preuves d'assurabilité exigibles, et elles ne peuvent en aucun cas être inférieures aux montants suivants :
- Pour le Régime B, 50 000 \$
 - Pour le Régime C, 50 000 \$
 - Pour le Régime H, 500 \$
 - Pour le Régime facultatif d'assurance maladies graves, 50 000 \$

3.3 Augmentation du statut de protection par suite d'un changement de situation familiale

Toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 90 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur lors de votre retour effectif au travail et à condition que vous ne soyez pas alors totalement invalide ni n'ayez 65 ans ou plus, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 90 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation du statut de protection, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ accepte ces preuves, le changement de statut entre en vigueur à cette date d'acceptation.

Une durée minimale de participation de 2 ans est prévue relativement à toute option détenue en vertu du Régime A. Une fois cette durée minimale écoulée, tout changement d'option entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle il est demandé.

3.4 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation familiale

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 90 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez SSQ plus de 90 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

4. Séjours à l'extérieur du pays, congés sabbatiques, congés d'étude, congés de maternité, congés parentaux, congés d'adoption ou autres congés acceptés par SSQ

La participation à l'assurance peut être maintenue dans les cas de séjours à l'extérieur du pays, congés sabbatiques, congés d'étude, congés de maternité, congés parentaux, congés d'adoption ou autres congés acceptés par SSQ, sous réserve de ce qui est prévu au présent article. Pour maintenir votre participation, vous devez toutefois en aviser l'administrateur par écrit au plus tard 31 jours après le début de votre absence et lui indiquer la date prévue de votre retour au travail si vous la connaissez.

4.1. Durées maximales de maintien de participation

Sous réserve de toute limite prévue par la loi et du paiement des primes requises, la durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période d'absence est de 24 mois.

4.2. Durées minimales de maintien de participation

Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail devrait s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation à l'assurance et pendant combien de temps.

4.3. Information à fournir à l'administrateur

Vous devez transmettre l'information suivante à l'administrateur à temps pour qu'il puisse la fournir à SSQ dans les 31 jours suivant la date de votre interruption temporaire de travail :

- a) la date à laquelle vous avez cessé de travailler;
- b) la date prévue de votre retour effectif au travail;
- c) le choix qui a été fait de demander ou non le maintien de participation à l'assurance pendant la période d'interruption de travail et une indication à l'effet que la demande de maintien s'applique ou non à l'assurance revenu, dans les cas où les deux choix sont possibles.

Qu'il y ait eu ou non maintien de participation à l'assurance, l'administrateur doit être avisé sans délai de la date à laquelle vous retournez effectivement au travail.

4.4. En cas d'invalidité totale débutant pendant une période d'interruption de travail

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période d'absence au cours de laquelle vous avez continué de participer à l'assurance en payant la totalité des primes, le délai de carence débute à la date prévue de votre retour au travail.

4.5. Suspension d'assurance

Si vous n'avisez pas l'administrateur avant l'expiration des 31 jours accordés pour ce faire, votre participation à l'assurance est suspendue à l'égard de toute votre période d'interruption de travail. Sous réserve des dispositions de la loi, si votre interruption de travail a donné lieu à une suspension d'assurance, vous ne pouvez recommencer à participer à l'assurance qu'après votre retour au travail comme membre admissible et sous réserve de l'approbation de nouvelles preuves d'assurabilité.

5. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors assurés, leur participation à l'assurance est maintenue avec paiement de primes à l'égard de l'option B (sans les médicaments) de l'assurance maladie du Régime A et de l'assurance soins dentaires du Régime L, jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle leur participation à l'assurance aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé;
- b) la date à laquelle ils deviennent admissibles à un autre contrat comportant une garantie similaire;
- c) la date de la fin du contrat.

Pour toute garantie comportant un droit de transformation, ce droit s'applique à la fin de l'assurance ainsi prolongée, aux conditions alors applicables.

6. Fin de l'assurance

Pour vous-même

6.1 Votre assurance prend fin au plus tard à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) le dernier jour du mois où vous cessez de faire partie des catégories de personnes admissibles à titre d'adhérents selon ce qui est indiqué au « **Tableau des garanties** »;
- b) pour chaque garantie, le dernier jour du mois au cours duquel l'administrateur reçoit votre demande d'y mettre fin;
- c) pour chaque garantie, la date à laquelle vous atteignez l'âge de fin de la garantie indiqué au « **Tableau des garanties** », le cas échéant;
- d) le jour où votre participation à l'assurance est suspendue par suite d'une interruption temporaire de travail;
- e) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- f) relativement à une garantie comportant de l'exonération des primes, la date à laquelle se termine telle exonération, à moins que vous ne recommenciez alors à payer vos primes;
- g) la date de votre retraite, dans les cas où cela est prévu au « **Tableau des garanties** »;
- h) la date de résiliation du contrat;
- i) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de

l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

6.2 L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de votre assurance;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas payées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- c) le dernier jour du mois au cours duquel l'administrateur reçoit votre demande d'y mettre fin.

Paieiment des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

3. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements lui permettant d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé. SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

4. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

5. Responsabilité civile et subrogation

- 5.1. Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.
- 5.2. Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.
- 5.3. SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

6. Désignations et révocations de bénéficiaires

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation payable en raison de votre décès en faisant parvenir un avis écrit en ce sens à l'administrateur.

Aux termes des Régimes C, D et F, vous êtes le bénéficiaire à moins d'avis contraire de votre part.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

- 1.1. Si vous devenez totalement invalide avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans (65 ans pour le Régime G), pendant que votre assurance est en vigueur en vertu du contrat et que vous êtes assurés en vertu du Régime G, votre participation à l'assurance sera maintenue sans paiement de primes, et cela à compter de la date de début d'exonération des primes prévue au présent régime.
- 1.2. Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :
 - a) vous devez être sous les soins continus d'un médecin autre que vous-même, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale stationnaire attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;
 - b) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide;
 - c) si votre invalidité totale survient au cours des 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de votre assurance, elle doit ne pas résulter d'une maladie ou d'un accident pour lesquels vous avez consulté un médecin ou reçu des traitements au cours des 3 mois précédant cette même date.

2. Début et fin d'exonération pour le Régime G

L'exonération des primes débute le 1^{er} jour du mois qui suit le début de l'invalidité, pourvu que vous êtes invalide pendant au moins 3 mois consécutifs. Elle prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- b) lorsque cessent les prestations d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée si vous avez choisi l'option 65 ans;
- c) la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans;
- d) la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin autre que vous-même, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- e) la date à laquelle vous êtes incapable, refusez ou omettez de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

3. Début et fin d'exonération pour tous les autres régimes

L'exonération des primes débute lorsque vous avez été totalement invalide de façon ininterrompue pendant 3 mois. Elle prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans;

- c) la date à laquelle vous cessez d’être sous les soins d’un médecin autre que vous-même, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- d) la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- e) la date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- f) la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- g) pour les garanties d’assurance frais de bureau, d’assurance maladie et d’assurance soins dentaires, la date de la fin du contrat.

4. Demande d’exonération des primes

- 4.1. En l’absence de demande de prestations d’assurance revenu, toute demande d’exonération des primes doit se faire par écrit transmis à SSQ. Autrement, le formulaire de demande de prestations d’assurance revenu sert aussi de demande d’exonération des primes. Dans un cas comme dans l’autre, SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent dans tous les cas être présentées à SSQ dans les 9 mois suivant le début de l’invalidité totale. Si ce délai n’est pas respecté, vous devez démontrer qu’il était impossible de présenter la demande et les documents plus tôt qu’ils ne l’ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d’exonération.
- 4.2. À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l’interruption de l’exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.
- 4.3. À défaut de produire votre demande d’exonération ou de révision à l’intérieur du délai prévu, votre droit à l’exonération ne pourra s’appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.
- 4.4. Pour qu’une demande d’exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après le début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d’interruption d’exonération, aucune période d’exonération ne pourra s’appliquer à votre invalidité si les documents requis n’ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l’avis de refus ou d’interruption.

Restriction pour antécédents médicaux

L'assurance obtenue sans preuves d'assurabilité ne couvre pas les événements ou états de santé résultant d'accidents ou maladies ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux pendant la période indiquée à cet égard au « **Tableau des garanties** ». Ces dispositions cessent cependant de s'appliquer lorsque l'assurance concernée a été en vigueur de façon continue pendant la période indiquée à cet égard au « **Tableau des garanties** » sans que ces maladies ou accidents aient donné lieu à un événement couvert par l'assurance.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui prévoit des indemnités de remplacement de revenu n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent pour sa perte de revenu lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garant d'une récurrence de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE

Dispositions communes à toutes les options

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation du présent Régime A chaque fois que le contexte le permet.

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Activité quotidienne de base

Se dit de chacune des activités suivantes : se nourrir, se vêtir, se déplacer, pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.

Associé en affaires

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais admissibles

Pour l'assurance maladie, frais pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer annuellement avant d'avoir droit à un remboursement.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

Voyage

Aux fins de l'assurance voyage avec assistance : Se dit de tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

Aux fins de l'assurance annulation de voyage : Se dit du déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. Pour être reconnu comme un voyage aux fins de l'assurance

annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

2. Objet de l'assurance

- 2.1. Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « **Tableau des garanties** ».
- 2.2. Les frais admissibles d'assurance maladie sont regroupés par genre de services. La description qui en est donnée plus loin s'applique ou non, selon l'option en vertu de laquelle la personne est assurée.

Pour les options R et C

- Médicaments

Pour l'option A

- Médicaments
- Assurance voyage avec assistance
- Assurance annulation de voyage

Pour l'option B

- Médicaments
- Assurance voyage avec assistance
- Assurance annulation de voyage
- Hospitalisation
- Établissements pour soins spécialisés
- Soins de professionnels de la santé
- Autres soins médicaux

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;

- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une autre personne que la personne assurée elle-même; de plus, cette personne doit ne pas résider avec la personne assurée et ne pas être un proche parent de celle-ci.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

4.1. Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence. Dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

4.2. Dans les cas suivants, la garantie d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite
 - i) d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - ii) de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) d'une guerre, déclarée ou non;
 - iv) du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - v) d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont payables par l'État ou par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance ou pour des frais qui sont reçus collectivement;
- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés;
- l) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;

- m) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
 - n) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couvertes par l'assurance;
 - o) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
 - p) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
 - q) pour des prothèses implantées par chirurgie;
 - r) pour des frais de livraison ou de poste.
- 4.3. Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance maladie. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Protection multiple et coordination des prestations

- 5.1. Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.
- 5.2. Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.
- 5.3. Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.
- 5.4. Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.
- 5.5. Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de l'une de ces assurances et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage.

6. Demandes de prestations

- 6.1. Sauf dans les cas d'utilisation de carte de paiement, toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site Web de SSQ ou auprès de son service à la clientèle. Vous devez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

6.2. Pour frais de médicaments

Sur présentation de votre carte de paiement direct à votre pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part de vos frais de médicaments qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il vous suffit de déboursier la part des frais qui n'est pas à la charge de SSQ.

6.3. Pour soins à l'hôpital

Il suffit de présenter votre carte d'assurance à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

6.4. Pour frais de médicaments sans utilisation de carte de paiement, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, autres frais médicaux

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

- a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;
- b) les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c) le coût des services;
- d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

6.5. Pour l'assurance voyage avec assistance

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage avec assistance sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

6.6. Pour l'assurance annulation de voyage

Pour effectuer une demande de prestations, la personne assurée doit communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

Lors de la demande, la personne assurée doit fournir à SSQ les preuves justificatives suivantes :

- a) les titres de transport inutilisés;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) les reçus pour les arrangements de voyage; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'un commerce ou d'une plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- d) une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agence de voyages ou du transporteur public ou du commerce ou de la plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services;
- e) les documents officiels attestant la cause de l'annulation; si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- f) le rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- g) un rapport officiel portant sur les conditions atmosphériques;
- h) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial, attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;
- i) tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

7. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Médicaments (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et cela pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « **Tableau des garanties** », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais de médicaments qu'engagent les personnes assurées résidant au Québec en raison de l'application de la franchise, du ticket modérateur, le cas échéant, et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. À cette fin, les frais de médicaments engagés pour les enfants à charge entrent dans le calcul de votre maximum de déboursement mais il ne peut pas entrer dans celui de votre conjoint. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

1.1. Pour les options R et C - Médicaments faisant partie de la liste des médicaments et produits pharmaceutiques du Régime général d'assurance médicaments du Québec

Les frais qui peuvent être admissibles sont ceux qui sont engagés pour les mêmes médicaments et produits pharmaceutiques que ceux qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec et selon les conditions qui y sont déterminées.

1.2. Pour les autres options

Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription

Les frais qui peuvent être admissibles sont ceux qui sont engagés pour les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b) ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- c) ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Produits pour les personnes diabétiques

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètre à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ.

Médicaments d'exception

Les médicaments dits « médicaments d'exception » sont couverts seulement s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales. Une autorisation préalable de SSQ est requise pour qu'ils soient admissibles.

Médicaments servant à traiter l'obésité

Les médicaments visant le traitement de l'obésité sont admissibles sur présentation de la recommandation du médecin traitant et de l'information relative à la taille, au poids et à l'indice de masse corporelle de la personne assurée ainsi que le diagnostic d'une maladie spécifique à l'obésité de la personne assurée.

Médicaments injectés en cabinet privé

Dans le cas des médicaments injectés en cabinet privé de professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

Traitements de viscosuppléance

Les traitements de viscosuppléance.

2. Exclusions, limitations et restrictions

- 2.1. Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments.
- 2.2. Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :
 - a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
 - b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;
 - c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
 - d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
 - e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
 - f) les écrans solaires; toutefois, les écrans solaires nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie qui doit être traitée à l'aide de tels produits peuvent être admissibles; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
 - g) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;

- h) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
 - i) les injections sclérosantes pour les personnes de 65 ans ou plus;
 - j) les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;
 - k) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
 - l) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé;
 - m) la contribution du patient au Régime général d'assurance médicaments du Québec.
- 2.3. En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Hospitalisation (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services, **et cela en vertu d'une option qui prévoit cette protection**. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au « **Tableau des garanties** », de même que les pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Chambre d'hôpital

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au « **Tableau des garanties** », lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'« hôpital » du présent régime. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins du contrat.

2. Exclusions, limitations et restrictions

- 2.1. Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital.
- 2.2. Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie)

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au « Tableau des garanties ».

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. De plus, la présente assurance s'applique uniquement à l'excédent des frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « Tableau des garanties ».

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; hébergement et repas; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 10 000 \$ par personne assurée par séjour.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 2 000 \$ par personne assurée par séjour.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours, ou en cas de décès, de l'endroit où se trouve la dépouille. Les frais admissibles pour séjour et transport d'un proche parent sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, préparation de sa dépouille et retour de son corps ou de ses cendres ou crémation ou inhumation sur place

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 15 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées.

Hébergement et repas

Les frais d'hébergement et de repas engagés dans un établissement commercial lorsque la personne assurée, un proche parent l'accompagnant ou son compagnon de voyage doit reporter la date de son retour en raison de l'accident qu'il a subi ou de la maladie qu'il a contractée. Le remboursement est limité à 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 8 jours, par voyage.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage avec assistance.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : acrobatie aérienne, de l'alpinisme, du vol libre, de la plongée sous-marine sans la qualification applicable ou la participation à des courses ou à des épreuves de vitesse;
- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Assurance annulation de voyage (Assurance maladie)

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ pour connaître la procédure à suivre et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ pour connaître la procédure à suivre et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ sont les suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre de frais d'annulation de voyage, les frais doivent être engagés pour une personne qui est assurée au moment de l'annulation, **et cela en vertu d'une option qui prévoit cette protection**. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « **Tableau des garanties** ».

2. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, son associé en affaires ou un membre de sa famille; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption;
- b) le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un associé en affaires de la personne assurée;
- c) le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- e) nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée;

- f) le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire;
- g) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- h) la convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles;
- i) la mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage;
- j) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- k) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage;
- l) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage;

m) **Pour l'annulation de voyage :**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage :

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- n) le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la

circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police;

- o) des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
 - ou
 - la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

3. Frais admissibles

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation, la prolongation ou l'interruption d'un voyage, dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et où cette dernière, au moment de prendre les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement, à l'exception de l'état de santé de la personne assurée, pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation. Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues ci-après et selon les indications du « **Tableau des garanties** ».

Les frais d'annulation remboursables ne peuvent excéder 10 000 \$ par personne assurée par voyage.

3.1. En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.
- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.

- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

3.2. En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou de l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

3.3. En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

3.4. Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique à la suite de l'approbation du service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

4. Exclusions, limitations et restrictions

- 4.1. Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage.
- 4.2. L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;
 - g) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- 4.3. Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
 - d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
- à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;

4.4. Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :

- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

4.5. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement, s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

4.6. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

4.7. Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

4.8. En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale

et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services, **et cela en vertu d'une option qui prévoit cette protection**. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « **Tableau des garanties** », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

1.1. Centre de réadaptation

Les frais d'hébergement pour soins de réadaptation identifiés comme tels, lors d'une période nécessaire de soins dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de réadaptation s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins et sa durée recommandée doivent être confirmées par le médecin traitant.

1.2. Maison de convalescence

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au « **Tableau des garanties** », la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les premiers jours suivant un séjour à l'hôpital. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

2. Exclusions, limitations et restrictions

- 2.1. Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés.
- 2.2. Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Professionnels de la santé (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

- 1.1. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus, **et cela en vertu d'une option qui prévoit cette protection**. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « **Tableau des garanties** », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.
- 1.2. Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.
- 1.3. Pour que les frais puissent être admissibles, le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre. De plus, les services qu'il rend doivent relever de sa compétence professionnelle. En l'absence d'ordre professionnel approprié, la personne doit être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ.

Audiologiste

Les honoraires.

Ergothérapeute

Les frais de traitement.

Orthophoniste

Les honoraires.

Ostéopathe

Les frais de traitement. Aucune prestation n'est payable en vertu du présent régime pour des frais dont une partie est payable par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

Les honoraires ou frais de traitement.

Podiatre

Les honoraires. Aucune prestation n'est payable en vertu du présent régime pour des frais dont une partie est payable par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Psychanalyste

Les honoraires.

Psychiatre

Les honoraires.

Psychologue

Les honoraires.

Psychothérapeute

Les frais de consultation.

Travailleur social

Les frais de consultation.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Autres frais médicaux (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir, **et cela en vertu d'une option qui prévoit cette protection**. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « **Tableau des garanties** », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Accessoires pour pompe à insuline

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline, s'ils sont prescrits par un médecin.

Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts. Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

Analyses de laboratoire

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Appareils orthopédiques

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés. Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation. Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ». Le « **Tableau des garanties** » indique si l'assurance des adultes diffère à cet égard de celle des enfants à charge. Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Chaussures profondes

Les chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage

Aux fins de la présente assurance, les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures de type profond.

Chirurgie esthétique à la suite d'un accident

Les soins de chirurgie esthétique devenus nécessaires par suite d'un accident. L'admissibilité des frais engagés pour ces soins est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée;
- les soins doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident;

et

- les soins doivent se terminer dans les 36 mois suivant la date de l'accident et lorsque vous êtes toujours assuré en vertu de la présente garantie.

Cure de désintoxication

Les thérapies associées à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, incluant tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- la clinique doit être reconnue par SSQ;
- la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Glucomètre

L'achat d'appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Infirmier

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié qui n'habite pas sous le même toit que la personne assurée et qui n'est pas un membre de sa famille. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée.

Injections sclérosantes

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

Lentilles intraoculaires

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'oeil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

Lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une chirurgie de la cataracte

Les frais d'achat de lunettes ou lentilles cornéennes, si elles sont devenues nécessaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte et à condition que la personne assurée soit âgée de moins de 65 ans.

Lit d'hôpital

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Pompe à insuline

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin.

Prothèse capillaire

L'achat d'une prothèse capillaire initiale par suite de chimiothérapie.

Prothèses externes et membres artificiels

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Le remboursement maximal est de 5 000 \$ par membre perdu.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomodensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soutiens-gorges postopératoires

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Stérilets

L'achat de stérilets qui ne sont pas couverts par l'assurance médicaments du présent régime.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents saines et naturelles.

Aux fins de la présente assurance, une dent « naturelle » signifie une dent qui n'a pas été remplacée. Une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle ayant fait l'objet d'un traitement ou d'une réparation mais qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Par contre, les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger ne sont pas couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- les soins doivent être administrés par un chirurgien-dentiste ou un denturologiste licencié;
- les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident et la personne doit alors être assurée par la présente garantie.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Aux fins de la présente assurance, CERTAINES CONDITIONS S'APPLIQUENT. Les frais engagés liés à un nouvel implant, à des implants existants ou à des prothèses elles-mêmes liées à des implants ne sont pas couverts en vertu de la protection « Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles ».

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

RÉGIME B – VOTRE ASSURANCE VIE

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».

4. Paiement anticipé

- 4.1. Si vous êtes totalement invalide et que votre espérance de vie soit inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut vous être versée. Si votre demande de prestations est présentée dans les 24 mois précédant la date de réduction du montant d'assurance inscrite au « **Tableau des garanties** », le paiement anticipé ne peut être supérieur à 50 % du montant obtenu après application de la réduction; si votre demande est présentée dans les 24 mois précédant la date prévue de la fin de l'assurance, vous ne pouvez pas obtenir de paiement anticipé. Dans tous les cas, votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :
 - a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;
 - b) vous devez être exonéré du paiement de vos primes d'assurance vie;
 - c) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;
 - d) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.
- 4.2. Le montant d'assurance payable à votre décès est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon le taux de rendement moyen des Bons du trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable à votre décès.

5. Exclusions, limitations et restrictions

Antécédents médicaux

Le montant d'assurance de la présente garantie n'est pas payable en cas de décès survenant au cours des 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de votre assurance et qui résulte de maladies ou accidents pour lesquels vous avez consulté un médecin ou reçu des traitements au cours des 6 mois précédant cette même date. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas si votre assurance en vertu d'une garantie comparable d'un autre contrat collectif a pris fin seulement en raison de l'entrée en vigueur de la présente assurance, et ce dans les 31 jours précédant la date de cette entrée en vigueur.

Suicide

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide, sans égard à son état d'esprit, lorsqu'elle est couverte depuis moins de 12 mois par la présente assurance vie.

La présente exclusion s'applique aussi à toute portion d'un montant d'assurance vie à laquelle la personne n'était pas obligée de souscrire, et ce à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance pour le montant en question.

6. Droit de transformation

- 6.1. Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe.
- 6.2. Si votre départ du groupe se produit le jour de votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :
 - a) une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que vous détenez, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge;
 - b) une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.
- 6.3. La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.
- 6.4. Si vous décédez au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

- 6.5. Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.
- 6.6. Si votre assurance en vertu de la présente garantie a été en vigueur de façon ininterrompue pendant au moins 5 ans et qu'elle prend fin ou que son montant est diminué parce que le contrat prend fin sans être remplacé ou en étant remplacé par un contrat d'un montant moindre, vous pouvez en obtenir la transformation en assurance individuelle conformément à ce qui est prévu par la loi à cet égard, pourvu que vous en fassiez la demande au plus tard 31 jours après la fin de l'assurance.

7. Demandes de prestations

- 7.1. La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.
- 7.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME C – ASSURANCE VIE DE VOTRE CONJOINT

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si votre conjoint décède pendant qu'il est assuré par cette garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance vie de votre conjoint est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».

4. Exclusions, limitations et restrictions

- 4.1. SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si votre conjoint se suicide, sans égard à son état d'esprit, lorsqu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la présente garantie.
- 4.2. La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance, et ce à compter de la date d'entrée en vigueur de cette augmentation.

5. Droit de transformation

- 5.1. Si la présente assurance vie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.
- 5.2. Ce droit s'applique seulement aux personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65^e anniversaire de naissance et pourvu aussi que votre départ du groupe se produise au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :
 - a) une assurance vie comparable à la présente assurance collective quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de votre conjoint, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge;
 - b) une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.
 - c) a police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

- 5.3. Si votre conjoint décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à son égard est payable en vertu du contrat d'assurance collective.
- 5.4. Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

- 6.1. La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.
- 6.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D – ASSURANCE DE VOS ENFANTS À CHARGE

Assurance vie

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si l'un de vos enfants à charge décède pendant qu'il est assuré par cette garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».

4. Exclusions, limitations et restrictions

- 4.1. SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si l'un de vos enfants à charge se suicide, sans égard à son état d'esprit, lorsqu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la présente garantie.
- 4.2. La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance, et ce à compter de la date d'entrée en vigueur de cette augmentation.

5. Droit de transformation

- 5.1. Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre d'enfant à charge prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.
- 5.2. Ce droit s'applique seulement si votre départ du groupe se produit au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :
 - a) une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge;
 - b) une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

- 5.3. La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.
- 5.4. Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.
- 5.5. Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

- 6.1. La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.
- 6.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D – ASSURANCE DE VOS ENFANTS À CHARGE (SUITE)

Assurance en cas de mort ou mutilation par accident

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la garantie d'assurance de vos enfants à charge en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Hémiplégie

Paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Paraplégie

Paralysie totale des membres inférieurs

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un orteil

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un pied ni perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable d'un orteil, ou son amputation à l'articulation qui se situe entre le pied et la première phalange.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

Tétraplégie

Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

2. Objet de l'assurance

- 2.1. Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsqu'il est couvert par la présente garantie, l'un de vos enfants à charge subit un accident causant l'une des pertes prévues au « **Tableau des pertes** » ci-après.
- 2.2. La perte doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

- 3.1. Le montant d'assurance de la présente garantie en cas d'accident est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».
- 3.2. Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « **Tableau des pertes** ». Toutefois, la prestation maximale payable à l'égard d'une même personne assurée en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie, pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident (200 % dans les cas d'hémiplégie, de paraplégie et de tétraplégie). Les prestations supplémentaires prévues à la présente garantie n'entrent cependant pas dans l'application de ce maximum.
- 3.3. En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu de la garantie d'assurance vie de vos enfants à charge et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de la vie	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	66,67 %
du pouce et de l'index de la même main ou de quatre doigts d'une main ou de tous les orteils d'un pied	33,33 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %
tétraplégie ou hémiplegie ou paraplégie	200 %

5. Prestations supplémentaires

5.1 Exposition et disparition

Si l'un de vos enfants à charge est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert par la présente assurance et que, par suite de cette exposition, il subit une perte pour laquelle des prestations seraient autrement payables par la présente assurance, elles seront payables. Si le corps de l'enfant n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel l'enfant se déplaçait et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente assurance, SSQ considérera que l'enfant a perdu la vie accidentellement, à moins de preuve contraire.

5.2 Transport et hébergement des membres de la famille lors d'une hospitalisation

Si l'un de vos enfants à charge est hospitalisé en raison d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour le transport et l'hébergement de membres de votre famille. Le montant maximum des prestations supplémentaires pour transport et hébergement est de 2 000 \$ pour l'ensemble des membres de la famille. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de la famille pour visiter l'enfant à charge assuré pendant son hospitalisation. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le transport doit être effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- b) l'hôpital doit être situé à au moins 150 km de la résidence habituelle de l'enfant;
- c) l'enfant doit être sous les soins d'un médecin autre que lui-même et le médecin en question doit pouvoir confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille est salutaire pour l'enfant assuré;
- d) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le transport est effectué dans un véhicule privé, le remboursement des frais de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

5.3 Rapatriement du défunt

Si l'un de vos enfants à charge décède en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que son décès survienne lorsqu'il est à plus de 50 km de son lieu de résidence habituel, les personnes ayant engagé les dépenses décrites ci-après peuvent avoir droit à un remboursement. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Il doit être demandé à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées pour ce qui suit :

- a) la préparation du corps en vue de son transport;
- b) le transport du corps vers son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de son lieu de résidence habituel;
- c) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le rapatriement est aussi prévu par d'autres dispositions du contrat, des prestations ne seront effectivement payables qu'en vertu de ces autres dispositions ou en vertu du présent article.

5.4 Transformation du domicile et du véhicule

Si l'un de vos enfants à charge doit utiliser un fauteuil roulant de façon permanente par suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour transformation de son domicile habituel et de son véhicule. Le montant maximum de ces prestations est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir :

- a) le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale de l'enfant pour qu'elle soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) le coût d'une seule série de transformations de l'automobile de l'enfant afin qu'elle soit accessible en fauteuil roulant et que l'enfant puisse la conduire lui-même.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Les transformations de domicile ou d'automobile doivent être effectuées par des personnes expérimentées en la matière. Ces personnes doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants. Dans le cas des automobiles, les modifications doivent avoir été approuvées par les autorités provinciales compétentes.

5.5 Accident impliquant un véhicule à moteur

Si l'un de vos enfants à charge subit une perte en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et qui est survenu lorsqu'il conduisait ou occupait un véhicule à moteur, des prestations supplémentaires équivalant à 10 % du montant de prestation prévu au « **Tableau des pertes** » de la présente garantie peuvent vous être versées. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le conducteur devait conduire prudemment au moment de l'accident;
- b) la ceinture de sécurité de l'enfant devait être bouclée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule devait être en règle au moment de l'accident.

6. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;
- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

7. Demandes de prestations

- 7.1. La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.
- 7.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME E – VOTRE ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de votre garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Hémiplégie

Paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Paraplégie

Paralysie totale des membres inférieurs.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un orteil

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un pied ni perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable d'un orteil, ou son amputation à l'articulation qui se situe entre le pied et la première phalange.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

Tétraplégie

Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

2. Objet de l'assurance

- 2.1. Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsque vous êtes couvert par la présente garantie, vous subissez un accident causant l'une des pertes prévues au « **Tableau des pertes** » ci-après.
- 2.2. La perte doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

- 3.1. Le montant d'assurance de la présente garantie en cas d'accident est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».
- 3.2. Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « **Tableau des pertes** ». Toutefois, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident (200 % dans les cas d'hémiplégie, de paraplégie et de tétraplégie). Les prestations supplémentaires prévues à la présente garantie n'entrent cependant pas dans l'application de ce maximum.
- 3.3. En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu de votre garantie d'assurance vie et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de la vie	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	66,67 %
du pouce et de l'index de la même main ou de quatre doigts d'une main ou de tous les orteils d'un pied	33,33 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %
tétraplégie ou hémiplegie ou paraplégie	200 %

5. Prestations supplémentaires

5.1 Exposition et disparition

Si vous êtes inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert par la présente assurance et que, par suite de cette exposition, vous subissez une perte pour laquelle des prestations seraient autrement payables par la présente assurance, elles seront payables. Si votre corps n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel vous vous déplaçiez et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente assurance, SSQ considérera que vous avez perdu la vie accidentellement, à moins de preuve contraire.

5.2 Réadaptation

Si vous subissez une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires de réadaptation. Le montant maximal de ces prestations est de 10 000 \$ par accident. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses relatives à un programme de réadaptation approuvé par SSQ. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) la perte doit vous rendre incapable d'accomplir les fonctions principales de votre emploi;
- b) la perte doit vous forcer à entreprendre une formation afin de pouvoir exercer un emploi différent;

- c) les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables;
- d) les frais habituels de subsistance (par exemple, les frais de pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas couverts par cette assurance.

5.3 Formation professionnelle du conjoint

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint peut avoir droit à des prestations supplémentaires de formation professionnelle. Le montant maximum de ces prestations est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle reconnu par les autorités gouvernementales compétentes et approuvé par SSQ. Le programme doit permettre à votre conjoint d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu occuper autrement.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date du décès et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables. De plus, les frais de subsistance, de déplacement et d'habillement ne sont pas couverts par cette assurance.

5.4 Scolarité du conjoint et des enfants

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint et vos enfants peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires de scolarité. Le montant maximum des prestations supplémentaires de scolarité est de 5 000 \$ par année scolaire pour l'ensemble des dépenses engagées par votre conjoint et vos enfants et elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les frais de scolarité annuels et de manuels scolaires leur permettant de poursuivre leurs études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) au moment de votre décès, la personne doit être inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire; si elle est inscrite au niveau secondaire au moment de votre décès, elle doit s'inscrire comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent votre décès;
- b) une preuve attestant du statut d'étudiant à temps plein de la personne doit être fournie à SSQ au début de chaque année scolaire.

5.5 Transport et hébergement des membres de la famille lors de votre hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé en raison d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour le transport et l'hébergement de membres de votre famille. Le montant maximum des prestations supplémentaires pour transport et hébergement est de 2 000 \$ pour l'ensemble des membres de votre famille. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de votre famille pour vous visiter pendant votre hospitalisation. Pour que ces prestations soient payables, les conditions

suivantes doivent s'appliquer :

- a) le transport doit être effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- b) l'hôpital doit être situé à au moins 150 km de votre résidence;
- c) vous devez être sous les soins d'un médecin autre que vous-même;
- d) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le transport est effectué dans un véhicule privé, le remboursement des frais de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

5.6 Rapatriement du défunt

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que votre décès survienne lorsque vous êtes à plus de 50 km de votre lieu de résidence, les personnes ayant engagé les dépenses décrites ci-après peuvent avoir droit à un remboursement. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Il doit être demandé à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées pour ce qui suit :

- a) la préparation de votre corps en vue de son transport;
- b) le transport de votre corps vers son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de votre lieu de résidence;
- c) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le rapatriement est aussi prévu par d'autres dispositions du contrat, des prestations ne seront effectivement payables qu'en vertu de ces autres dispositions ou en vertu du présent article:

5.7 Transformation de votre domicile et de votre véhicule

Si vous devez utiliser un fauteuil roulant de façon permanente par suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour transformation de votre domicile et de votre véhicule. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir :

- a) le coût d'une seule série de transformations de votre résidence principale pour qu'elle soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) le coût d'une seule série de transformations de votre automobile afin qu'elle soit accessible en fauteuil roulant et que vous puissiez la conduire vous-même.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Les transformations de votre domicile ou de votre automobile doivent être effectuées par des personnes expérimentées en la matière. Ces personnes doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants. Dans le cas de votre automobile, les modifications doivent avoir été approuvées par les autorités provinciales compétentes.

5.8 Accident impliquant un véhicule à moteur

Si vous subissez une perte en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et qui est survenu lorsque vous conduisiez ou occupiez un véhicule à moteur, des prestations supplémentaires équivalant à 10 % du montant de prestation prévu au « **Tableau des pertes** » de la présente garantie peuvent vous être versées. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le conducteur devait conduire prudemment au moment de l'accident;
- b) votre ceinture de sécurité devait être bouclée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule devait être en règle au moment de l'accident.

5.9 Garderie

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que vos enfants fréquentent alors une garderie ou un service de garde en milieu scolaire ou qu'ils y sont inscrits dans les 365 jours suivant votre décès, les personnes qui engagent les frais d'inscription s'y rapportant peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires. Les frais d'inscription doivent être appuyés de reçus pour frais de garde et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Ces prestations supplémentaires sont limitées à 5 000 \$ par enfant par année civile. Elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives et seulement à l'égard d'enfants de moins de 13 ans. SSQ rembourse ces frais en tenant compte des montants inscrits aux reçus pour frais de garde.

6. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;
- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

7. Demandes de prestations

- 7.1. La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte (ou de l'événement accidentel ouvrant droit à des prestations supplémentaires) et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.
- 7.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME F – ASSURANCE DE VOTRE CONJOINT EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la garantie d'assurance de votre conjoint en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Hémiplégie

Paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Paraplégie

Paralysie totale des membres inférieurs.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un orteil

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un pied ni perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable d'un orteil, ou son amputation à l'articulation qui se situe entre le pied et la première phalange.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

Tétraplégie

Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

2. Objet de l'assurance

- 2.1. Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsqu'il est couvert par la présente garantie, votre conjoint subit un accident causant l'une des pertes prévues au « **Tableau des pertes** » ci-après.
- 2.2. La perte doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

- 3.1. Le montant d'assurance de la présente garantie en cas d'accident est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** ».
- 3.2. Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « **Tableau des pertes** ». Toutefois, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident (200 % dans les cas d'hémiplégie, de paraplégie et de tétraplégie). Les prestations supplémentaires prévues à la présente garantie n'entrent cependant pas dans l'application de ce maximum.
- 3.3. En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu de la garantie d'assurance vie de votre conjoint et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de la vie	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	66,67 %
du pouce et de l'index de la même main ou de quatre doigts d'une main ou de tous les orteils d'un pied	33,33 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %
tétraplégie ou hémiplegie ou paraplégie	200 %

5. Prestations supplémentaires

5.1 Exposition et disparition

Si votre conjoint est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert par la présente assurance et que, par suite de cette exposition, il subit une perte pour laquelle des prestations seraient autrement payables par la présente assurance, elles seront payables. Si son corps n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel il se déplaçait et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente assurance, SSQ considérera qu'il a perdu la vie accidentellement, à moins de preuve contraire.

5.2 Transport et hébergement des membres de la famille lors d'une hospitalisation

Si votre conjoint est hospitalisé en raison d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour le transport et l'hébergement de membres de votre famille. Le montant maximum des prestations supplémentaires pour transport et hébergement est de 2 000 \$ pour l'ensemble des membres de la famille. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de la famille pour visiter votre conjoint assuré pendant son hospitalisation. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le transport doit être effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;

- b) l'hôpital doit être situé à au moins 150 km de la résidence habituelle de votre conjoint;
- c) votre conjoint doit être sous les soins d'un médecin autre que lui-même et le médecin en question doit pouvoir confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille est salubre pour le conjoint assuré;
- d) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le transport est effectué dans un véhicule privé, le remboursement des frais de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

5.3 Rapatriement du défunt

Si votre conjoint décède en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que son décès survienne lorsqu'il est à plus de 50 km de son lieu de résidence habituel, les personnes ayant engagé les dépenses décrites ci-après peuvent avoir droit à un remboursement. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Il doit être demandé à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées pour ce qui suit :

- a) la préparation du corps en vue de son transport;
- b) le transport du corps vers son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de son lieu de résidence habituel;
- c) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

Si le rapatriement est aussi prévu par d'autres dispositions du contrat, des prestations ne seront effectivement payables qu'en vertu de ces autres dispositions ou en vertu du présent article:

5.4 Transformation du domicile et du véhicule

Si votre conjoint doit utiliser un fauteuil roulant de façon permanente par suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour transformation de son domicile habituel et de son véhicule. Le montant maximum de ces prestations est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir :

- a) le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale du conjoint pour qu'elle soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) le coût d'une seule série de transformations de l'automobile du conjoint afin qu'elle soit accessible en fauteuil roulant et que le conjoint puisse la conduire lui-même.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Les transformations de domicile ou d'automobile doivent être effectuées par des personnes expérimentées en la matière. Ces personnes doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants. Dans le cas des automobiles, les modifications doivent avoir été approuvées par les autorités provinciales compétentes.

5.5 Accident impliquant un véhicule à moteur

Si votre conjoint subit une perte en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et qui est survenu lorsqu'il conduisait ou occupait un véhicule à moteur, des prestations supplémentaires équivalant à 10 % du montant de prestation prévu au « **Tableau des pertes** » de la présente garantie peuvent vous être versées. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le conducteur devait conduire prudemment au moment de l'accident;
- b) la ceinture de sécurité du conjoint devait être bouclée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule devait être en règle au moment de l'accident.

6. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage d'alcool ou de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;
- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

7. Demandes de prestations

- 7.1. La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.
- 7.2. Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME G – VOTRE ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Comité d'experts

Comité composé de médecins spécialistes auquel le preneur peut faire appel pour réviser un dossier en litige concernant l'invalidité ou l'incapacité permanente d'un adhérent.

Délai de carence

Période d'invalidité qui débute à la date à laquelle l'adhérent cesse de travailler en raison d'une invalidité et qui doit s'écouler avant qu'il puisse avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie. La durée du « délai de carence » est celle que vous avez choisie au préalable, à partir des possibilités indiquées au « Tableau des garanties ».

Revenu brut

Honoraires provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec, du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail, plus les salaires gagnés à titre d'enseignant, de chercheur ou d'administrateur, et tout autre montant reçu pour services professionnels. Aux fins de la présente police, le revenu brut ainsi déterminé est égal au plus élevé des deux montants suivants :

- 1) le revenu mensuel moyen le plus élevé pour 6 mois consécutifs au cours de la période de 18 mois qui a immédiatement précédé la période d'invalidité;
- 2) le revenu mensuel moyen le plus élevé de n'importe quelle période de 2 années consécutives au cours de la période de 5 années qui a immédiatement précédé la période d'invalidité.

Revenu brut (pour les adhérents qui gagnent des revenus d'entreprise)

Salaire, honoraires reçus pour services professionnels et revenus d'entreprise médicale après les frais généraux mais avant impôt, proportionnellement au nombre d'actions que l'adhérent détient personnellement. Sont exclus les revenus de placements, les dividendes, les revenus de location et tout autre revenu non relié aux activités professionnelles de l'adhérent en tant que médecin. Aux fins de la présente police, le revenu brut ainsi déterminé est calculé selon le nombre d'années de pratique de l'adhérent :

- 1) 3 ans de pratique ou plus : le revenu mensuel moyen le plus élevé de n'importe quelle période de 2 années consécutives au cours de la période de 5 années qui a immédiatement précédé la période d'invalidité;

- 2) 18 mois de pratique mais moins de 3 ans : le revenu mensuel moyen le plus élevé de l'année qui a immédiatement précédé la période d'invalidité ou des 2 années précédant immédiatement la période d'invalidité, le cas échéant;
- 3) moins de 18 mois de pratique : une approximation du revenu mensuel, sous réserve d'une prestations mensuelle minimale de 800 \$.

Pour permettre à l'assureur de déterminer le revenu brut de l'adhérent dans le cadre d'une demande de prestations, l'adhérent doit fournir à l'assureur ses rapports d'impôt personnels ainsi que ceux de l'entreprise et sa quote-part dans l'entreprise.

Revenu net

Revenu réduit des frais généraux.

Revenu net après impôt

Revenu net réduit des montants suivants :

- 1) les cotisations au Régime de rentes du Québec, à l'Assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP);
- 2) l'impôt payable aux gouvernements provincial et fédéral.

Aux fins des présentes, l'impôt payable aux gouvernements provincial et fédéral est déterminé en appliquant au revenu imposable les tables d'imposition appropriées et en tenant compte des montants, exemptions, crédits d'impôt et déductions suivants :

- 1) les frais généraux;
- 2) les cotisations au Régime de rentes du Québec, à l'Assurance-emploi au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP);
- 3) la déduction générale pour frais professionnels;
- 4) le montant personnel de base reconnu à titre de crédit d'impôt;
- 5) sur demande de l'adhérent et sur présentation de pièces justificatives, le montant de crédit d'impôt pour conjoint, le cas échéant, la définition de conjoint de la présente police étant alors applicable;
- 6) sur demande de l'adhérent et sur présentation de pièces justificatives, les montants payés à titre de pensions alimentaires;
- 7) sur demande de l'adhérent et sur présentation de pièces justificatives, les montants de crédits d'impôt pour enfants à charge (et pour toutes autres personnes à charge), de même que pour les frais de garde d'enfants à charge.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations mensuelles pendant votre invalidité, si vous devenez invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Somme assurée mensuelle

La somme assurée mensuelle est indiquée au « Tableau des garanties » et correspond au montant pour lequel la prime nécessaire a été payée.

3.2 Indexation de la somme assurée mensuelle

La somme assurée mensuelle pour les adhérents âgés de 54 ans ou moins qui accomplissent à temps plein ou sont en mesure d'accomplir à temps plein toutes les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative. La somme assurée mensuelle ainsi indexée est arrondie au prochain multiple de 100 \$.

Le revenu minimum dont il est question dans les définitions d'invalidité totale Option propre profession est également indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative. Le revenu minimum ainsi indexé est arrondi au prochain multiple de 1 000 \$.

3.3 Augmentation de la somme assurée mensuelle

Les adhérents de moins de 40 ans et qui accomplissent à temps plein toutes les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, ont le droit d'augmenter leur somme assurée mensuelle de 10 % le 1^{er} janvier de chaque année. Le montant de l'augmentation mensuelle doit être un multiple de 50 \$ et ne peut excéder 250 \$ pour l'ensemble des sommes assurées détenues par l'adhérent. De plus, le montant maximal global d'augmentation pour la durée du contrat est de 2 000 \$.

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour augmenter la somme assurée mensuelle, pourvu que l'adhérent en fasse la demande au cours des 60 jours qui précèdent le 1^{er} janvier. Il doit alors spécifier le montant de l'augmentation désirée pour chacune des sommes assurées qu'il détient et verser la prime nécessaire selon l'âge qu'il avait lors du plus récent renouvellement de la police. Si l'adhérent désire appliquer la totalité de l'augmentation à une seule des sommes assurées qu'il détient, la somme assurée qui sera augmentée sera celle assortie du délai de carence le plus long.

Un adhérent peut renoncer à l'augmentation de sa somme assurée mensuelle le 1^{er} janvier d'une année donnée. Dans un tel cas, l'augmentation de 10 % de l'année donnée est perdue. Cette renonciation n'enlève toutefois aucun droit à l'adhérent quant à une augmentation future de la somme assurée mensuelle en vertu du présent article.

3.4 Durée maximale du paiement des prestations

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

En cas de présomption d'invalidité totale en raison d'une des pertes prévue à la définition de présomption d'invalidité totale, la prestation mensuelle débute le jour où vous subissez la perte, même si elle survient au cours du délai de carence.

La durée de paiement des prestations de la présente garantie est déterminée en vertu de la « Fin du versement des prestations », tel qu'indiquée au « Tableau des garanties ». Le versement des prestations prend également fin lorsque vous êtes incapable, refusez ou omettez de fournir les preuves de votre invalidité.

3.5 Montant de la prestation mensuelle

Le montant de la prestation mensuelle de la présente garantie est déterminé selon les indications du « **Tableau des garanties** » de même qu'en fonction des dispositions contractuelles en vigueur au début de l'invalidité et de la catégorie de personnes admissibles à laquelle vous apparteniez.

Toutefois, pour les adhérents touchant des revenus d'entreprise, la prestation mensuelle payable tient compte du revenu mensuel brut gagné durant l'invalidité. Ainsi, la prestation mensuelle est déterminée selon la formule $A - ((A + B) - C)$, où :

A = somme assurée

B = revenu mensuel brut gagné durant l'invalidité

C = 67 % des premiers 4 500 \$ du revenu mensuel brut, plus 57,5 % de la tranche suivante de 4 501 \$ à 9 000 \$ inclusivement, et 51,5 % de l'excédent.

En cas d'invalidité partielle, la prestation mensuelle correspond à la somme assurée multipliée par le pourcentage de perte de revenu net que subit l'adhérent en raison de son invalidité.

Pour les adhérents ayant choisi l'option propre profession de la définition d'invalidité, la prestation mensuelle est égale à celle qui est payable en cas d'invalidité totale lorsque la perte de revenu net est supérieure à 80 %. De plus, durant les six premiers mois de paiement de prestations d'invalidité partielle, la prestation ne peut être inférieure à 50 % de la prestation mensuelle prévue en cas d'invalidité totale. À cet égard, le revenu brut qui sert à fixer le montant de la prestation est celui qui est déterminé pour l'invalidité totale, conformément à la définition de revenu brut.

Dans tous les cas, la prestation mensuelle est fractionnée, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité au cours du mois durant lequel l'invalidité débute ou se termine.

3.6 Indexation de la prestation mensuelle

Les prestations payables en raison d'une invalidité sont indexées à compter du 1^{er} janvier qui suit l'expiration du délai de carence. Elle est appliquée le 1^{er} janvier de chaque année tant que des prestations sont versées et est égale, au choix de l'adhérent :

- au moins de 3 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; ou
- au moins de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent.

L'indexation ne peut toutefois pas être négative. Le montant de la prestation ainsi indexé est arrondi au prochain multiple de 1 \$.

3.7 Indexation du revenu

Lors d'une invalidité partielle, le revenu brut que l'adhérent recevait immédiatement avant le début de son invalidité est indexé à compter du 1^{er} janvier qui suit 12 mois d'invalidité. Cette indexation annuelle est égale au taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative. Le revenu ainsi indexé est arrondi au plus proche multiple de 1 \$.

3.8 Coordination par réduction indirecte

Le total des sommes qui vous sont payables pour un mois donné par les sources mentionnées ci-après ne peut en aucun temps excéder 100 % de votre revenu mensuel net après impôt (pour les membres touchant des revenus d'entreprise, 100 % de la prestation maximale payable définie à l'article 3.5 ci-dessus) au début de votre invalidité totale. Le revenu net après impôt (pour les membres touchant des revenus d'entreprise, le revenu mensuel brut gagné avant invalidité) est indexé le 1^{er} juin de chaque année et est égal au moins de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre précédent. L'indexation ne peut toutefois pas être négative.

À cette fin, les prestations sont réduites de cet excédent. Les revenus qui entrent dans ce calcul sont ceux dont la source est l'une des suivantes :

- a) les prestations de la présente garantie;
- b) tous les montants initiaux des prestations d'invalidité payables en vertu de tout régime gouvernemental de protection du revenu, de tout autre régime collectif ou de tout autre régime d'association, excluant tout contrat d'assurance individuelle. Toutefois, la prestation mensuelle ne peut être inférieure à 50 % de la somme assurée pour laquelle la prime nécessaire a été versée à l'assureur.

4. Montant forfaitaire en cas de décès pendant une période de prestations

Si vous décédez avant d'atteindre 65 ans et au cours d'une période d'invalidité durant laquelle vous aviez droit à des prestations en vertu de la présente garantie, un montant forfaitaire équivalant à 3 mois complets de prestations est versé à votre succession. Ce montant de prestations est établi sur la base du dernier versement effectué.

5. Exclusions, limitations et restrictions

5.1. Les prestations d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin autre que vous-même, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;

5.2. Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités résultant d'une grossesse normale, sans complications;
- b) les invalidités résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes, pendant la première des périodes suivantes : :
 - i) pendant un congé de maternité, lequel est réputé débiter à la date de l'accouchement;
 - ii) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
 - iii) pendant que des prestations de maternité sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou du Régime Québécois d'assurance parentale (RQAP).
- d) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - ii) une guerre, déclarée ou non;
 - iii) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sauf si elles surviennent au cours d'une maladie mentale identifiée auparavant par un médecin autre que vous-même;
 - iv) de l'abus d'alcool ou de stupéfiants sauf si vous participez, de façon active et continue, à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus. Vous devez séjourner dans un centre spécialisé reconnu et recevoir des traitements et soins médicaux continus en vue de votre réadaptation.

5.3. Aucune prestation ne sera versée pour toute somme assurée obtenue sans preuves d'assurabilité lors de l'adhésion initiale si une invalidité survient au cours des 24 premiers mois suivant la date d'entrée en vigueur de votre assurance en vertu de la présente garantie et résulte d'une blessure, d'une maladie ou d'un état de santé, diagnostiqué ou non, pour lequel les symptômes se sont manifestés pour la première fois, ou pour lequel un traitement a été recommandé, requis ou obtenu, ou pour lequel des médicaments ont été prescrits et/ou pris au cours des 36 mois précédant cette date d'entrée en vigueur.

6. Litige

Un litige peut survenir entre l'adhérent et l'assureur quant à l'existence d'une invalidité totale, ou l'existence et le degré d'une invalidité partielle. Ce litige peut ne pas avoir été résolu à la satisfaction de l'adhérent et du preneur, après les représentations et négociations normales et d'usage dans les circonstances entre l'adhérent, l'administrateur et l'assureur. Dans un tel cas, le preneur peut, par l'intermédiaire de l'administrateur, demander qu'un comité d'experts soit formé pour réviser le dossier en litige et formuler les recommandations appropriées et les avis.

Ce comité sera constitué d'au moins deux mais pas plus de trois médecins spécialistes qui seront désignés conjointement par l'assureur et l'administrateur. L'assureur proposera l'un des experts alors que l'administrateur proposera l'autre ou les deux autres, selon le cas. La formation finale du comité demeure sujette à l'approbation de l'administrateur et de l'assureur.

Sur demande écrite du responsable de la formation du comité, l'assureur et l'administrateur devront proposer leurs experts dans des délais raisonnables et voir à la constitution du comité. Sauf en cas de force majeure ou de circonstances particulières, la formation du comité devrait normalement être faite dans un délai de 30 jours de la demande du responsable et le rapport du comité être produit dans un délai de 60 jours de ladite demande.

Le rapport du comité d'experts est adressé conjointement à l'administrateur et à l'assureur. Il est entendu que l'assureur conserve le privilège de la décision finale sur l'élément en litige. Advenant que cette décision aille à l'encontre des avis et recommandations du comité, l'assureur la justifiera par écrit à l'administrateur.

7. Gestion de l'invalidité

7.1 Retour au travail

Si vous retournez au travail à temps plein à la suite d'une invalidité de plus de 12 mois pour laquelle une prestation mensuelle vous a été versée, mais recevez un revenu brut moindre que celui que vous touchiez avant votre invalidité, vous avez droit à une prestation mensuelle. Cette prestation sera proportionnelle au revenu brut perdu par rapport à celui gagné avant l'invalidité, pourvu que vous ne soyez plus invalide et que vous exerciez vos tâches professionnelles habituelles. De plus, la perte de revenu brut doit représenter au moins 20 % du revenu brut gagné avant votre invalidité. Au cours de la période de retour au travail à temps plein qui suit immédiatement l'invalidité, la prestation mensuelle est payable pendant 4 mois si vous avez été totalement invalide de 12 à 23 mois inclusivement et pendant 6 mois pour une invalidité de 24 mois ou plus. Le versement de cette prestation ne peut en aucun cas se poursuivre après votre 65^e anniversaire de naissance.

7.2 Réadaptation

En cas d'invalidité, vous pouvez accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par SSQ. Vos prestations seront alors réduites de 50 % du revenu net mensuel après impôt qui provient de votre travail de réadaptation.

8. Droit de transformation

Si la présente garantie cesse d'être en vigueur et qu'il est impossible de la remplacer par un régime d'assurance collective d'un autre assureur comportant une garantie semblable, vous pouvez obtenir une assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée individuelle temporaire un an non résiliable avec renouvellement garanti, conformément à toute loi applicable et sous réserve des dispositions suivantes :

- a) vous devez en faire la demande par écrit à l'assureur dans les 31 jours suivant la date de la fin de la présente garantie et versez la première prime de l'assurance proposée;
- b) la prime du contrat individuel est déterminée en conformité avec la tarification habituelle en vigueur chez l'assureur au moment d'exercer le droit de transformation;
- c) l'assurance individuelle ainsi obtenue est semblable à l'assurance perte de revenu du présent contrat relativement à la somme assurée et à l'âge de fin de l'assurance;
- d) l'assurance individuelle n'inclut pas de disposition d'indexation de la somme assurée. Elle prévoit toutefois une indexation des prestations égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation pour le Québec, tel que publié par Statistique Canada, pour la période de 12 mois se terminant 6 mois avant la date à laquelle l'indexation doit s'appliquer.

9. Demandes de prestations

- 9.1. La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.
- 9.2. Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence. L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

RÉGIME H – VOTRE ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour sa part, la définition suivante s'applique de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie. La durée du « délai de carence » est indiquée au « **Tableau des garanties** ».

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat et de ce qui est indiqué à cet égard au « **Tableau des garanties** », SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations mensuelles si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « **Tableau des garanties** » de même qu'en fonction des dispositions contractuelles en vigueur au début de l'invalidité et de la catégorie de personnes admissibles à laquelle vous apparteniez.

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

Le premier et le dernier paiement se rapportant à une même période d'invalidité totale sont fractionnés au besoin, à raison de 1/30 par journée d'invalidité totale dans le mois au cours duquel le droit aux prestations débute ou se termine.

Si les frais assurés réellement engagés durant un mois sont inférieurs au montant d'assurance, la durée de paiement de prestations peut être prolongée jusqu'à ce que le maximum de prestations payables soit atteint, sous réserve de la durée maximale de prolongation prévue au « **Tableau des garanties** ».

Si les frais assurés réellement engagés durant un mois sont supérieurs au montant d'assurance, la différence entre les frais engagés et les prestations payées peut être reportée aux mois suivants, sous réserve du maximum des prestations totales payables pour chaque mois.

Le montant maximum des prestations payables est égal au montant mensuel d'assurance multiplié par le nombre maximal de mois de prestations, soit 18 mois.

3.2 Calcul des prestations

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « **Tableau des garanties** » de même qu'en fonction des dispositions contractuelles en vigueur au début de l'invalidité et de la classe de personnes admissibles à laquelle vous apparteniez.

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

4. Frais de bureau admissibles

La présente garantie couvre la portion des frais de bureau suivants qui continuent d'être payables et dont vous êtes responsable pour votre bureau de médecin, et cela sur présentation de pièces justificatives jugées satisfaisantes par SSQ. Ces frais fixes d'opération sont les suivants :

- a) le loyer, l'eau, l'électricité et les autres services publics;
- b) le salaire des employés et la contribution à titre d'employeur au régime d'assurance collective, au régime de retraite des employés ainsi qu'au Régime de rentes du Québec, à l'assurance emploi, à la Régie de l'assurance maladie du Québec et au Régime québécois d'assurance parentale;
- c) les services professionnels de comptabilité de votre bureau;
- d) la location d'équipement, y compris l'automobile;
- e) la contribution aux différents organismes d'encadrement de la profession médicale et aux différentes associations professionnelles pertinentes;
- f) les autres frais fixes courants qui continuent d'être requis.

5. Exclusions, limitations et restrictions

5.1. Les prestations d'assurance frais de bureau ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin autre que vous-même, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- b) vous ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- c) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ.

5.2. Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui ouvrent droit à des prestations en vertu d'une garantie similaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie;

- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) votre service actif dans des forces armées;
 - v) des traitements esthétiques ou cosmétiques;
 - vi) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sans égard à votre état d'esprit;
 - d) les invalidités qui résultent d'alcoolisme ou de toxicomanie, si vous ne recevez pas des traitements ou des soins médicaux en vue de votre réadaptation.
- 5.3. Votre revenu, celui de votre remplaçant et le coût des marchandises, des produits pharmaceutiques et des frais qui n'entrent pas dans la liste des frais admissibles ne sont pas couverts par la présente garantie.
- 5.4. Dans les cas suivants, les périodes d'invalidité résultant de grossesse, d'accouchement, de fausse couche ou de complications en lien direct ou indirect avec l'une de ces causes ne sont pas couvertes par l'assurance :
- a) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
 - b) pendant que des prestations de maternité sont payables en vertu de la loi sur l'assurance emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale.

6. Demandes de prestations

- 6.1. La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale et de l'accident ou de la maladie dont vous avez été victime doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant le début de votre invalidité totale, mais pas plus de 15 jours après le retour à vos fonctions professionnelles. Par la suite, des preuves de la continuation de votre invalidité totale doivent être soumises chaque fois que SSQ le demande.
- 6.2. Si vous ne présentez pas vos preuves d'invalidité dans les délais prévus, votre droit à des prestations en vertu de la présente garantie ne pourra pas débuter avant la date de réception de telles preuves.
- 6.3. Si vous ne fournissez pas à SSQ les preuves supplémentaires qu'elle vous demande ou si vous ne vous soumettez pas à un examen médical dans les 31 jours suivant la date à laquelle SSQ vous demande de vous y soumettre, vous n'aurez pas droit aux prestations de la présente garantie entre la fin de ce délai de 31 jours et la date de réception des preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé.
- 6.4. À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

- 6.5. À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.
- 6.6. Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais dentaires admissibles que vous devez payer annuellement avant d'avoir droit à un remboursement.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

2. Objet de l'assurance

- 2.1. Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « **Tableau des garanties** ».
- 2.2. Les frais admissibles d'assurance soins dentaires sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :
 - Diagnostic et prévention
 - Soins de base
 - Services de prosthodontie

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services pour que les frais soient admissibles :

- a) ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- b) ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- c) ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- d) ils doivent être rendus par une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Lorsque les frais prévus excèdent 800 \$, un plan de traitement et les radiographies appropriées devraient être soumis à SSQ avant le début du traitement. La personne assurée peut ainsi être informée à l'avance de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

- 4.1. Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.
- 4.2. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés, pour l'année stipulée au « **Tableau des garanties** », par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste. Toutefois, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste.
- 4.3. Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.
- 4.4. Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.
- 4.5. Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.
- 4.6. L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.
- 4.7. Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :
 - a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
 - b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;

- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés;
- f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant;
- j) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- m) pour un protecteur buccal;
- n) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) pour des pontiques et piliers de transition;
- r) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) pour des photographies diagnostiques.

5. Protection multiple et coordination des prestations

- 5.1. Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

- 5.2. Si vous avez droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.
- 5.3. Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.
- 5.4. Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être effectuées en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

6. Demandes de prestations

6.1 Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

6.2 Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement doivent être présentées à SSQ au plus tard 90 jours après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « **Tableau des garanties** ».

Les services de diagnostic et de prévention pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Diagnostic

1) Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
- examen complet : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

2) Radiographies

a) radiographie intra-orale

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

b) radiographie extra-orale

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radio-opaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo-mandibulaire
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
- pellicule céphalométrique

c) autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile

3) Tests et examens de laboratoire

- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
- test bactériologique
- test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
- test cytologique

- modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
- présentation de cas, plan de traitement
- consultation avec le patient
- test de vitalité

b) Prévention

1) Services usuels de prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
- détartrage : une fois par période de 6 mois
- application topique de fluorure* : une fois par période de 6 mois
- analyse du régime alimentaire : une fois à vie
- instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- finition d'une obturation
- scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide* (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
- ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
- meulage interproximal*
- améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)

2) Appareil de maintien : une fois par période de 24 mois*

3) Correction des habitudes buccales*

- appareil fixe ou amovible
- évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
- motivation du patient : une fois à vie
- myothérapie : 5 fois à vie

4) Appareil pour le bruxisme

- un appareil par 60 mois
- réparation : une fois par année civile
- regarnissage : une fois par année civile

5) Équilibrage de l'occlusion

- 8 unités de temps ou un majeur et 3 mineurs, par année civile

* Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.

Soins de base (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « **Tableau des garanties** ».

Les soins dentaires de base pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- recimentation de fragment de dent brisée
- restauration en résine, en amalgame ou en composite*
- tenons par restauration

* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

b) Endodontie

- urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
- traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
- apexification

c) Parodontie

- traitements non chirurgicaux
- chirurgie parodontale
- curetage gingival et surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
- jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
- irrigation parodontale

d) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible

- rebasage et regarnissage
- réparation avec ou sans empreinte
- obturateur palatin : un par période de 60 mois
- remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois

e) Réparation de pont fixe et de couronne

- réparation de pont fixe

- réparation de couronne
 - recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier
 - supplément pour mordantage de la restauration : 2 fois par année civile
 - immobilisation, sectionnement
 - enlèvement d'un pivot déjà cimenté
- f) Chirurgie buccale
- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
 - exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
 - transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
 - reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
 - énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
 - alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - extension des replis muqueux
 - incision et drainage
 - réduction de fracture
 - frénectomie
 - traitement des glandes salivaires
 - chirurgie ou traitement des sinus
 - contrôle d'hémorragie
 - traitement post-chirurgical
 - réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
- g) Services généraux complémentaires
- anesthésie locale
 - sédation consciente
 - visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « **Tableau des garanties** ».

Les services de prosthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- a) Restauration majeure et prothèse fixe
 - aurification : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - incrustation : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - tenons de rétention dans l'incrustation
 - jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - couronne en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - couronne individuelle
 - capuchon, métal précieux ou non
 - corps coulé
 - facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires
 - pivot préfabriqué
 - reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
 - supplément pour une restauration
 - b) Prothèse amovible
 - prothèse complète*
 - prothèse partielle*
- * Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.
- c) Pont fixe
 - pontique
 - appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch
 - pilier
 - barre de rétention pour fixer à des capuchons
 - pilier incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
 - attache de précision
 - supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle existante

ANNEXE A - OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE - ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (RÉGIME G)

1. Description de l'option

L'option d'assurabilité garantie permet à un adhérent qui la détient d'augmenter sa somme assurée mensuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. L'augmentation de la somme assurée mensuelle est permise durant chaque période d'option, pourvu que l'option d'assurabilité garantie soit en vigueur et que vous exerciez votre droit d'assurabilité garantie.

2. Conditions d'admission

Tout membre de moins de 45 ans est admissible à la présente option à la date à laquelle il devient assuré en vertu de la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G).

3. Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité

L'adhésion à la présente option est facultative et conditionnelle à l'adhésion à la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G). Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont exigées uniquement au moment de l'adhésion à la présente option, pour le montant total potentiel que l'adhérent peut obtenir.

4. Prise d'effet de l'option

Sous réserve des autres dispositions de la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G), l'option d'assurabilité garantie d'un membre prend effet à la date à laquelle les preuves d'assurabilité ont été jugées satisfaisantes par l'assureur, pourvu que la prime additionnelle applicable à cette option soit acquittée.

5. Montant d'assurance

En vertu de la présente option, la somme assurée mensuelle de votre assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée est augmentée de 1 000 \$ par année si vous en faite la demande pendant une période d'option. L'option peut être exercée pendant 10 années consécutives à compter de la date d'entrée en vigueur de l'option, pour un total cumulatif de 10 000 \$. Toutefois, le total des sommes assurées que vous détenez ne peut en aucun cas dépasser le maximum prévu pour la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée. Un adhérent de moins de 40 ans qui détient l'option d'assurabilité garantie renonce à la hausse de 10 % de la somme assurée initiale qui lui est offerte le 1^{er} janvier de chaque année en vertu de l'assurance perte de revenu (paragraphe « 3.3 Augmentation de la somme assurée mensuelle » de l'article 3. Prestations).

6. Droit d'exercice de l'assurabilité garantie

Vous devez informer l'administrateur par écrit de votre choix d'exercer votre droit d'assurabilité garantie au cours de chaque période d'option. Chaque période d'option s'étend du 1^{er} au 31 décembre de chaque année.

Si vous choisissez d'exercer votre droit, vous devez pouvoir démontrer que votre revenu mensuel net justifie l'augmentation de la somme assurée, en tenant également compte des autres assurances invalidité individuelles ou collectives que vous détenez. L'augmentation de votre montant d'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier qui suit immédiatement la période d'option au cours de laquelle vous exercez votre droit, pourvu que :

- a) la prime additionnelle requise soit payée;
- b) vous soyez soit au travail actif à temps plein ou l'étiez le dernier où vous deviez normalement l'être;
- c) vous vous acquittiez des principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles ou, si vous n'êtes pas au travail, êtes en mesure d'accomplir les principales tâches de vos fonctions professionnelles habituelles.

L'augmentation annuelle de la somme assurée mensuelle peut s'appliquer en totalité sur la somme assurée unique ou sur une des sommes assurées que vous détenez.

Si vous choisissez de ne pas exercer votre droit au cours d'une période d'option donnée, l'augmentation applicable à cette période est perdue. Vous pouvez toutefois vous prévaloir des augmentations futures auxquelles vous avez droit, pourvu que vous payiez la prime additionnelle relative à ces augmentations et que vous en fassiez la demande au cours d'une période d'option.

En cas d'invalidité, vous pouvez exercer votre droit d'exercice une seule fois au cours d'une même période d'invalidité, pourvu que vous ayez exercé votre droit d'exercice l'année précédant le début de l'invalidité. L'augmentation de votre somme assurée d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée ne s'appliquera que lors d'une future invalidité tout à fait indépendante de la précédente.

Le droit d'exercice de la présente option cesse le 1^{er} janvier qui suit votre 45^e anniversaire de naissance.

7. Prime additionnelle

La prime relative à l'option d'assurabilité garantie est payable tant et aussi longtemps que l'adhérent bénéficie de la présente option, qu'il exerce ou non son droit d'assurabilité garantie.

La première prime additionnelle applicable lorsque vous exercez votre droit d'assurabilité garantie doit être payée avant la fin de la période d'option durant laquelle vous exercez ce droit.

La prime additionnelle est basée sur le délai de carence le plus court que vous avez choisi et sur votre choix d'appliquer ou non l'indexation des prestations sur la ou les sommes assurées que vous détenez.

8. Conditions, dispositions, limitations et exclusions

La présente option est assujettie aux conditions, dispositions, limitations et exclusions prévues à la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G).

9. Exonération de la prime

La clause d'exonération de la prime prévue à la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée s'applique également à la présente option, selon les dispositions prévues à la section **Exonération des primes en cas d'invalidité totale**.

10. Fin de l'option d'assurabilité garantie

Votre option d'assurabilité garantie prend fin à minuit, à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du contrat;
- b) la date d'échéance de la prime additionnelle, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) le 1^{er} janvier qui suit votre 45^e anniversaire de naissance;
- d) la date de fin de la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G);
- e) la date à laquelle 10 ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de l'option d'assurabilité garantie;
- f) la date à laquelle la somme assurée totale que vous détenez atteint le maximum prévu en vertu de la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée (Régime G).

L'assurance décrite ci-après est régie par le contrat de SSQ, Société d'assurance inc. En cas de divergence entre le contenu de la présente brochure et celui du contrat, ce sont les dispositions du contrat qui prévalent. Les responsabilités de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitent à la couverture prévue par ses contrats d'assurance.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

pour les adhérents assurés de

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Dispositions en vigueur le 1^{er} juillet 2017

POLICE N^o 1HB60

Ce livret/certificat est un document important.

Veillez le garder dans un endroit sûr.

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance en cas de maladie grave de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux adhérents de LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC et leurs personnes à charge (Conjoints). Vous y trouverez des renseignements sur l'assurance offerte en vertu de ce régime. Il est fortement recommandé de conserver ce livret pour consultation future.

Les dispositions du régime sont énoncées dans le contrat d'assurance collective no 1HB60, ainsi que dans la Proposition-cadre, dans les avenants et dans toute pièce annexe, le cas échéant, ainsi que les termes spécifiques énoncés dans le certificat d'assurance émis à chaque assuré définissent les termes et les conditions de ce programme d'assurance, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, vous devez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

Partout dans ce livret, le masculin sert à désigner autant les femmes que les hommes.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les adhérents, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. L'Assureur conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, l'Assureur peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

L'Assureur peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de l'Assureur doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'Assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que l'Assureur peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance en cas de maladie grave?

L'assurance en cas de maladie grave peut procurer les fonds et les moyens nécessaires pour préserver votre qualité de vie, protéger votre avoir personnel et vous donner la possibilité de choisir le genre de traitement que vous souhaitez recevoir.

L'assurance en cas de maladie grave prévoit le paiement d'un montant à la personne assurée qui survit pendant au moins 14 jours à une maladie grave couverte donnée dont le premier diagnostic a lieu après le début de son assurance. Parmi les nombreux avantages de cette assurance, les prestations versées ne sont pas limitées en fonction de votre capacité de travailler ni de votre rétablissement. Si un tel diagnostic est posé, la prestation vous est versée directement et vous êtes libre d'utiliser la prestation comme vous l'entendez.

Pourquoi l'assurance en cas de maladie grave est-elle importante?

Des études ont démontré qu'un nombre important de Canadiens seront atteints d'une maladie grave

- Au Canada, 40 % des femmes et 45 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- En moyenne, 3 300 Canadiens reçoivent un diagnostic de cancer chaque semaine.
- Il se produit environ 70 000 crises cardiaques au Canada chaque année. Toutes les 7 minutes, une personne subit une crise cardiaque.
- Il y a plus de 50 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada chaque année, soit un AVC toutes les 10 minutes.
- Environ 75 % des personnes qui subissent un premier AVC y survivent
- Il y a approximativement 1 000 nouveaux cas de sclérose en plaques diagnostiqués chaque année.

Source : Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne du cancer et Société canadienne de la sclérose en plaques.

Les maladies graves sont courantes. Bien qu'un mode de vie sain permette de se protéger contre certains risques pour la santé, personne n'est à l'abri d'un diagnostic de maladie grave. Grâce aux progrès de la médecine moderne, les canadiens bénéficient d'un meilleur état de santé et d'une espérance de vie accrue. Conséquemment, une assurance en cas de maladie grave, pour venir en aide financièrement au cours de votre période de guérison, s'avère de plus en plus importante.

L'assurance en cas de maladie grave peut vous aider à :

- obtenir des soins adéquats, à l'endroit et au moment de votre choix;
- payer les frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province;
- prendre un congé non rémunéré pour faciliter votre rétablissement ou pour prendre soin d'un membre de votre famille;

- compenser la diminution du revenu familial et assumer certains frais additionnels, en vous permettant de payer au moyen de la prestation versée :
 - les frais médicaux ou les soins infirmiers à domicile
 - les versements hypothécaires ou le loyer
 - les dettes ou autres obligations financières
 - les frais de garde des enfants
 - les frais d'entretien ménager
 - les frais d'adaptation du domicile ou du véhicule

Quels sont les avantages caractéristiques de l'assurance qui vous est offerte?

L'assurance en cas de maladie grave vous procure les avantages suivants :

- protection abordable, grâce à des tarifs collectifs avantageux;
- facilité de paiement des primes grâce au prélèvement automatique sur la paie;
- maintien de la protection même si votre santé se détériore pendant que vous êtes assuré au titre du régime – vous et votre conjoint assuré demeurez couverts par l'assurance en cas de maladie grave même après avoir touché une première prestation d'assurance en cas de maladie grave dans le cadre du régime.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Dans le présent document :

Par « Adhèrent assuré » on entend les médecins et/ou leurs conjoints, les salariés des médecins et/ou leurs conjoints, les étudiants et les résidents de moins de soixante-dix (70) ans.

« Antécédents médicaux » désigne :

- la présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de l'assurance de la personne, symptômes qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- une maladie ou un état pour lesquels la personne, au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

« Assuré » désigne un Adhèrent assuré ou un Conjoint assuré dont l'assurance est en vigueur en vertu de la Police, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police.

« Assureur », « nous » et « on » désignent SSQ, Société d'assurance inc.

« Capital assuré » désigne le montant réservé à la personne assurée, tel qu'indiqué à la section « Montant de la couverture » de ce livret

« Chirurgie » ou « Intervention chirurgicale » désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que l'Assuré subit sur recommandation écrite d'un Spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un Médecin au Canada ou aux États-Unis.

« Conjoint » désigne une personne de moins de soixante-dix (70) ans, qui réside au Canada, et :

- (a) avec qui l'Adhèrent assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- (b) avec qui l'Adhèrent assuré cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de l'Adhèrent assuré et qu'elle cohabite avec l'Adhèrent assuré, cette personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une seule personne est admissible à titre de Conjoint de l'Adhèrent assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Adhèrent assuré cohabite avec une personne décrite au point (b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne doit être assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi la réalisation du risque ne liera pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle l'Adhèrent assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Diagnostic » désigne l'identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la Police chez un Assuré. Cette identification doit être faite par un Spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le Diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un Spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

« Irréversible » désigne l'état de l'Assuré lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du Diagnostic.

Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais imposerait, de l'avis du Médecin de l'Assuré, un risque pour la santé de l'Assuré qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état de l'Assuré est alors également considéré comme Irréversible aux fins de la présente définition.

« Maintien artificiel des fonctions vitales » désigne le fait que l'Assuré est sous les soins d'un Médecin autorisé à pratiquer et est maintenu en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, même si un arrêt Irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

« Maladie grave » désigne l'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit faire partie de la liste ci-dessous et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée au présent document ou à la Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

1. Accident vasculaire cérébral
2. Anémie aplasique
3. Angioplastie coronarienne
4. Arthrite rhumatoïde grave
5. Brûlures graves
6. Cancer (mettant la vie en danger)
7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
8. Carcinome canalaire in situ du sein
9. Cardiomyopathie dilatée
10. Cécité
11. Chirurgie de l'aorte

12. Coma
13. Crise cardiaque
14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
16. Dystrophie musculaire
17. Greffe d'un organe vital
18. Hépatite virale fulminante
19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
20. Infection au VIH dans le cadre du travail
21. Insuffisance hépatique à un stade avancé
22. Insuffisance rénale
23. Lupus érythémateux disséminé
24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
26. Maladie du motoneurone
27. Mélanome malin au stade 1A
28. Méningite purulente
29. Paralyse
30. Perte d'autonomie
31. Perte de l'usage de la parole
32. Perte de membres
33. Pontage aortocoronarien
34. Remplacement d'un genou par chirurgie
35. Remplacement d'une hanche par chirurgie
36. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
37. Sclérose en plaques
38. Sclérose généralisée évolutive
39. Surdité
40. Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans le présent document ou dans la Police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

« Médecin » désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Médecin ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

« Période de survie » désigne les quatorze (14) jours suivant la date du Diagnostic ou les quatorze (14) jours suivant la date d'une Chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police. La Période de survie ne comprend pas les jours passés en Maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. L'Assuré doit être vivant à la fin de la Période de survie et doit ne pas avoir subi de cessation Irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les Maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, quatre-vingt-dix (90) jours pour la Méningite purulente et la Paralyse, la Période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

« Police » désigne la Police no 1HB60 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe et tous les autres avenants et documents qui y sont joints, le cas échéant.

« Spécialiste » désigne un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec la Maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Si aucun Spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une Maladie grave peut être diagnostiquée par un Médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le Spécialiste ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Spécialiste ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

ADHÉSION

Le présent régime est à adhésion facultative.

ADMISSIBILITÉ

Le régime d'assurance collectif facultatif est offert aux Personnes assurées de La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et leurs personnes à charge (conjoint).

En tant qu'un adhérent assurée de La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, vous êtes admissible au régime Primosoins si vous résidez au Canada. Si vous êtes absent pour quelque raison que ce soit autre que pendant vos congés attestés, vous ne serez admissible qu'à votre retour effectif au travail.

Votre conjoint est admissible s'il réside au Canada et qu'il répond à la définition de conjoint tel qu'il est stipulé à la section « Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret ».

Remarque : Votre conjoint, en vertu du programme Primosoins, sera la personne que vous désignerez comme votre conjoint en vertu du programme d'avantages sociaux collectif de La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

MONTANT DE LA COUVERTURE

L'assurance est offerte sous forme de régime collectif facultatif pour vous ou votre Conjoint.

Vous pouvez souscrire un montant de capital assuré par tranche de 5 000 \$ et jusqu'à un maximum de 500 000 \$, sujet à l'acceptation de l'assureur en vertu de la preuve d'assurabilité et sujet aux conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Votre conjoint peut souscrire un montant de capital assuré par tranche de 5 000 \$ et jusqu'à un maximum de 500 000 \$, sujet à l'acceptation de l'assureur en vertu de la preuve d'assurabilité et sujet aux conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Remarque : Votre conjoint ne peut pas souscrire une protection dont le capital assuré est supérieur à celui de votre protection.

Par rapport au nouveaux médecins gradués :

Une période d'adhésion de 90 jours à la date à laquelle le nouveau médecin est admis au collège des médecins :

Capital assuré garanti à l'établissement (nouveaux médecins gradués assurés) : 40 000 \$

Capital assuré garanti à l'établissement (conjoint des nouveaux médecins gradués) : 20 000 \$

PREUVES D'ASSURABILITÉ ET DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Exigence de preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur doivent être soumises pour tout montant demandé de Capital assuré.

Par rapport au nouveau médecin gradué :

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur doivent être soumises lorsque le montant demandé est supérieur au Capital assuré garanti à l'établissement.

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur doivent être soumises dans les cas où la demande est reçue par le Contractant plus de trente et un (31) jours après le dernier à survenir des événements suivants :

1. la Date d'effet de la Police
2. la date d'admissibilité de la personne
3. un événement de vie

Événements de vie

Au moment où survient l'un des événements de vie mentionnés ci-après, les personnes admissibles peuvent adhérer à l'assurance sous réserve des dispositions du présent article sur les preuves d'assurabilité et la Date d'effet de l'assurance. Aux fins de la présente assurance, les événements de vie qui peuvent donner lieu à une nouvelle période d'admissibilité sans preuves d'assurabilité sont les suivants : mariage; union civile; cohabitation depuis un an; naissance ou adoption d'un premier enfant.

Pour l'assurance qui ne peut s'obtenir que sur approbation de preuves d'assurabilité par l'Assureur

L'assurance de toute personne admissible prend effet à la Date d'effet de la Police ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date d'approbation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, si celui-ci les approuve effectivement.

DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES

D'autres Maladies graves sont aussi couvertes par le présent régime. Elles sont définies à l'article intitulé « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

« Accident vasculaire cérébral »

désigne le Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

« Anémie aplasique »

désigne le Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

« Brûlures graves »

désigne le Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

« Cancer (mettant la vie en danger) »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;

- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute Maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 :219, 1975).

« Cardiomyopathie dilatée »

désigne une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le Diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

« Cécité »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

« Chirurgie de l'aorte »

désigne une Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme « aorte » désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Coma »

désigne le Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

« Crise cardiaque »

désigne le Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

« Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe »

désigne le Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour qu'une personne assurée puisse avoir droit à une prestation pour cette Maladie grave, elle doit être inscrite comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la Période de survie, la date d'établissement du Diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de greffe.

« Démence, y compris maladie d'Alzheimer »

- désigne le Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :
- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

« Dystrophie musculaire »

désigne le Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le Diagnostic de dystrophie musculaire.

« Greffe d'un organe vital »

- désigne une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le Diagnostic d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

« Hépatite virale fulminante »

désigne le Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

« Hypertension artérielle pulmonaire primitive » (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

désigne le Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique Irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39e édition du Current Medical Diagnosis and Treatment, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

« Infection au VIH contractée au travail »

désigne le Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'Assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;

- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; la personne assurée doit survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette Maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

« Insuffisance hépatique à un stade avancé »

désigne le Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- ictère permanent;
- ascite;
- encéphalopathie.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin).

« Insuffisance rénale »

désigne le Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

« Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques »

Maladie de Parkinson désigne le Diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le Diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

« **Maladie du motoneurone** »

désigne le Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

« **Méningite purulente** »

désigne le Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date d'établissement du Diagnostic.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : méningite virale.

« **Paralysie** »

désigne le Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

« Perte d'autonomie »

désigne le Diagnostic formel d'une incapacité totale à effectuer soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Aux fins de la détermination de cette maladie grave, les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- se laver - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir - capacité de se coucher, de se lever du lit, de s'asseoir ou de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

« Perte de l'usage de la parole »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

« Perte de membres »

désigne le Diagnostic formel de l'amputation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

« Pontage aortocoronarien »

désigne une Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque »

désigne une Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Sclérose en plaques »

désigne le Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

« Sclérose généralisée évolutive »

désigne le Diagnostic formel de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le Diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphee linéaire);
- fasciite éosinophile;
- syndrome de CREST.

« Surdité »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

« Tumeur cérébrale bénigne »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes menant à un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute Maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE CERTAINES MALADIES

En plus des Maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies couvertes », les maladies suivantes sont couvertes en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies.

1. Angioplastie coronarienne
2. Arthrite rhumatoïde grave
3. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
4. Carcinome canalaire in situ du sein
5. Lupus érythémateux disséminé
6. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
7. Mélanome malin au stade 1A
8. Remplacement d'une hanche ou d'un genou par chirurgie

Angioplastie coronarienne

Une Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Arthrite rhumatoïde grave

Le Diagnostic formel d'arthrite rhumatoïde séropositive grave qui doit comporter la destruction générale des articulations, affectant au moins 3 grosses articulations (celles des épaules, des coudes, des hanches, des genoux ou des chevilles) et 3 petites articulations (les articulations métacarpophalangiennes, ou interphalangiennes proximales, les articulations interphalangiennes du pouce, les articulations du poignet et les deuxième, troisième, quatrième et cinquième articulations métatarsophalangiennes). Le Diagnostic doit être confirmé par la démonstration clinique et radiologique de destruction articulaire et de déformation des articulations.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Le Diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le Diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé

Le Diagnostic formel de lupus érythémateux disséminé qui atteint les reins et nécessite au moins 6 mois consécutifs de corticothérapie, et qui est confirmé par des tests d'atteinte permanente à la fonction rénale démontrant un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30 ml/min./1,73 m². De plus, un test positif anticorps-antinucléaire (AAN) doit être réalisé.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de lupus, tel le lupus discoïdal et les formes de lupus qui ne touchent que les articulations et le système sanguin.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Le Diagnostic formel de maladie de Crohn confirmé par des résultats caractéristiques d'endoscopie et de données histologiques. Cette maladie doit aussi se caractériser par la présence d'abcès ou de fistules à l'intérieur de l'abdomen ou à l'anus ou par une obstruction ou perforation intestinale, ou ne pas répondre aux traitements non chirurgicaux. De plus, les symptômes doivent avoir persisté malgré un maximum de thérapie non chirurgicale et il doit être médicalement nécessaire de procéder à une Intervention chirurgicale comportant l'ablation d'au moins un segment de l'intestin.

Mélanome malin au stade 1A

Le Diagnostic confirmé par biopsie de la présence d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Remplacement d'une hanche ou remplacement d'un genou par chirurgie

Une Chirurgie avec ouverture menant au remplacement total d'une hanche ou de la totalité du genou par une prothèse, sous réserve de ce qui suit :

- (a) Pour que le remplacement d'une hanche soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, le col du fémur doit être remplacé. De plus, la chirurgie doit être effectuée à la fois avec arthroplastie totale et hémiarthroplastie (autant monopolaire que bipolaire).
- (b) Pour que le remplacement du genou soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, les trois compartiments du genou (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe et fémoro-rotulien) doivent être remplacés.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le remplacement d'une hanche ou le remplacement d'un genou : traitement arthroscopique des surfaces des articulations; reprise d'un remplacement total antérieur de la hanche ou du genou.

Capital assuré se rapportant à la garantie complémentaire en cas de certaines maladies

Si l'Adhérent assuré ou le Conjoint assuré reçoit le Diagnostic d'une des maladies énumérées ci-dessus pendant que son assurance est en vigueur et sous réserve des dispositions de la section « Période de survie » ainsi que de celles de la section « Conditions de réadmission », alors l'Assureur s'engage à payer à l'Adhérent assuré ou au Conjoint assuré :

(1) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$:

- Angioplastie coronarienne
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
- Carcinome canalaire in situ du sein
- Mélanome malin au stade A

Pour les cas prévus au regroupement 1) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

(2) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Arthrite rhumatoïde sévère
- Lupus érythémateux disséminé
- Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 2) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

(3) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Remplacement d'une hanche par chirurgie
- Remplacement d'un genou par chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 3) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

PRESTATION EN CAS DE RÉCIDIVE DE CANCER

L'Assureur versera le Capital assuré si l'Adhérent assuré ou le Conjoint assuré reçoit un Diagnostic de Cancer alors qu'il en a déjà reçu un, plus de soixante (60) mois auparavant et pourvu qu'aucun traitement directement ou indirectement lié au cancer n'ait été reçu au cours des soixante (60) mois en question. À ces fins, les médicaments utilisés à des fins préventives et les rencontres de suivi chez le médecin ne sont pas considérés comme des traitements. Le second de ces Diagnostics doit être reçu pendant que l'assurance de la personne est en vigueur.

GARANTIE PRESTATIONS MULTIPLES

Si l'Adhérent assuré ou le Conjoint assuré est atteint d'une Maladie grave couverte pour laquelle le Capital assuré a été versé (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies) et reçoit par la suite le Diagnostic d'une autre Maladie grave couverte, l'Assureur versera le Capital assuré (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies), sous réserve des dispositions de la section « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la Garantie prestations multiples, le subséquent Diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le Diagnostic de l'autre Maladie grave couverte.

PROGRAMME DE SECONDE OPINION MÉDICALE

Pendant qu'elle est assurée au titre du présent régime, toute Personne assurée chez qui est Diagnostiquée une Maladie grave couverte obtient automatiquement accès au programme Seconde opinion médicale de AXA Assistance. Grâce à ce programme, l'Assuré peut obtenir un deuxième avis médical d'un Médecin Spécialiste hautement qualifié. Le dossier médical de l'Assuré est soumis à un examen approfondi afin de confirmer le Diagnostic initial et de recommander un traitement approprié.

Si l'une des Maladies graves couvertes a été diagnostiquée chez vous ou chez votre Conjoint, il vous suffit de composer le 1 877 266-6550 pour bénéficier du programme Seconde opinion médicale de AXA Assistance.

CONDITIONS DE RÉADMISSION

Si une prestation a déjà été versée à un Adhérent assuré ou à un Conjoint assuré pour une Maladie grave couverte, l'assurance de la personne concernée est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION.

CONDITIONS DE PAIEMENT

Lorsqu'une personne reçoit le Diagnostic d'une Maladie grave pendant qu'elle est couverte par la présente assurance, et pourvu que la Période de survie requise soit complétée, l'Assureur lui verse le Capital assuré, sauf s'il en est prévu autrement au contrat collectif, le tout sous réserve des conditions et limitations du présent document.

BÉNÉFICIAIRES

Les montants payables en vertu de la présente assurance seront versés à l'Adhérent assuré ou au Conjoint assuré si c'est ce dernier qui a reçu le Diagnostic de la Maladie grave. Toutefois, tout montant qui demeure payable après que le bénéficiaire est devenu juridiquement incapable d'en recevoir le paiement sera versé à sa succession.

FIN DE L'ASSURANCE

Pour tout Assuré, l'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

A) À l'égard d'un Adhérent assuré :

1. la date de la résiliation de la Police;
2. la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;

3. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'Adhérent assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
 4. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où l'Adhérent assuré cesse d'être au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sous réserve de ce qui prévu aux dispositions suivantes :
 - Exonération de primes;
 - Maintien de participation lors d'une absence autorisée;
 - Prolongation d'assurance.
 5. la date du décès de l'Adhérent assuré;
 6. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date de la remise par l'Adhérent assuré d'un avis d'annulation au Contractant.
- B) À l'égard d'un Conjoint assuré :
1. la date à laquelle cette personne cesse de répondre à la définition de « Conjoint » telle qu'elle figure dans la Police;
 2. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le Conjoint assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
 3. la date à laquelle l'assurance de l'Adhérent prend fin.

TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Si l'assurance de l'Adhérent ou du Conjoint prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- (a) l'Adhérent assuré cesse d'être un adhérent actif du Contractant en raison d'une démission, d'un congédiement, de sa retraite ou de son non retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- (b) l'Adhérent assuré n'est plus une personne admissible à l'assurance de la présente garantie; ou
- (c) la période de prolongation d'assurance prend fin;

l'Adhérent ou le Conjoint qui n'a pas encore atteint l'âge de soixante-cinq (65) peut remettre une demande écrite à l'Assureur dans les trente et un (31) jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves. Sur réception de cette demande, l'Assureur émet, sans exiger de preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves à la personne qui en a fait la demande, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise comporte 4 maladies graves [Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger), Chirurgie coronarienne et Crise cardiaque].

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la Police détenue auprès de l'Assureur est déjà résiliée au moment de la demande. La personne ne peut transformer son assurance que si elle n'a jamais reçu de prestation en vertu de la présente assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- (a) le Capital assuré en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou

- (b) un plafond de cent mille dollars (100 000 \$) pour toutes les transformations demandées par une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les Maladies graves établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'Assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance contre les Maladies graves est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

EXONÉRATION DE PRIMES

L'Assureur exonérera les primes de l'Adhérent assuré dans les cas suivants :

- A) Si l'Adhérent assuré détient une assurance vie avec exonération des primes ou une assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu non seulement de la présente assurance, mais aussi en vertu de l'assurance vie ou de l'assurance invalidité de longue durée :

Dès le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'Adhérent assuré commence à avoir droit à l'exonération des primes en vertu de son assurance vie ou de son assurance invalidité de longue durée.

- B) Si l'Adhérent assuré ne détient pas d'assurance vie avec exonération ni d'assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu de la présente assurance :

Dès le premier jour du mois suivant les 6 premiers mois d'une période ininterrompue au cours de laquelle une blessure ou une maladie l'ont empêché d'occuper un emploi raisonnablement adapté à ses qualifications, compte tenu de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience.

L'avis de l'invalidité doit être soumis à l'Assureur dans les douze (12) mois du début de l'invalidité totale et la preuve de l'invalidité doit être soumise à l'Assureur dans les trois (3) mois suivant la date de cet avis.

Les primes à l'égard du Conjoint assuré feront également l'objet d'une exonération si les primes de l'Adhérent assuré font l'objet d'une exonération.

Les primes continueront à être exonérées jusqu'à la première des dates suivantes :

1. la date de la fin de la présente assurance;
2. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de l'Adhérent assuré;
3. la date à laquelle l'Adhérent assuré cesse d'être totalement invalide;
4. la date à laquelle l'Adhérent assuré omet de fournir à l'Assureur une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande d'une telle preuve ou si l'Adhérent assuré refuse de se soumettre à un examen.

Le maintien de la participation à l'assurance par suite d'exonération des primes sera soumis aux exclusions, limitations et dispositions qui sont en vigueur au début de l'invalidité totale, y compris les dispositions prévoyant des réductions de Capital assuré.

Nonobstant toute autre disposition des présentes, en aucun cas les prestations payables pour tout Diagnostic de Maladie grave qui survient pendant que la participation à l'assurance est maintenue en vertu de l'exonération des primes ne peuvent dépasser le montant d'assurance qui aurait été payable à l'Assuré à la date de début de l'invalidité .

L'Assureur aura le droit de demander une preuve de la continuité de l'invalidité totale et pourrait également exiger que l'Adhérent assuré invalide se soumette à un examen par le personnel médical de l'Assureur, de temps à autre, lorsque l'Assureur voudrait raisonnablement l'exiger.

MAINTIEN DE PARTICIPATION PENDANT UNE ABSENCE AUTORISÉE

La participation à l'assurance peut être maintenue pour un Adhérent assuré ou son Conjoint assuré pendant une absence autorisée, une mise à pied temporaire, un congé de maternité ou parental ou un congé pour invalidité de l'Adhérent assuré, pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien de la participation ne pourra toutefois pas se poursuivre après 0 h 01 :

- (1) à l'égard de toute absence autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle l'Adhérent assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- (2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle l'Adhérent assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de six (6) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- (3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève, ou plus tard si cela est approuvé par le Contractant;
- (4) à l'égard d'un congé de maternité ou parental autorisé par le Contractant, à la date à laquelle l'Adhérent assuré retourne au travail à tout titre pour le contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- (5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le contractant, à la date à laquelle l'Adhérent assuré atteint l'âge de soixante dix (70) ans, est admissible à une exonération de primes ou retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Lorsque la participation à l'assurance est maintenue en vertu des dispositions du présent article, les dispositions qui s'appliquent sont celles qui étaient en vigueur au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire du régime, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien de la participation ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement au début de l'absence.

PROLONGATION D'ASSURANCE

La participation à l'assurance de la Police sera maintenue pendant une période allant jusqu'à douze (12) mois pour l'Adhérent assuré dont le Contractant a mis fin à l'emploi si cette prolongation est exigée par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par l'Adhérent assuré de la part du Contractant et que le paiement des primes conformément à la Proposition-cadre se poursuit. Dans ces conditions, l'assurance du Conjoint assuré se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Cette prolongation d'assurance prendra fin à 0 h 01, le premier (1er) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle l'Adhérent assuré retournera au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La prolongation d'assurance peut être octroyée pour des périodes de plus de douze (12) mois, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur.

Les dispositions qui s'appliqueront pendant la prolongation seront celles qui étaient en vigueur à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant la prolongation d'assurance ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement à la date de la cessation d'emploi.

EXCLUSIONS

Aucune prestation ne sera versée si une Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

1. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Cancer est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de cancer ou a subi des investigations menant au Diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette Police) sans égard à la date du Diagnostic.
2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de Tumeur cérébrale bénigne ou a subi des investigations menant au Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du Diagnostic.

3. Les conditions de la Période de survie ne sont pas respectées.
4. L'Assuré se blesse volontairement ou s'expose volontairement à une maladie, qu'il soit sain d'esprit ou non au moment de cet acte.
5. L'Assuré a utilisé des drogues illicites, ou toute drogue d'une façon contraire à celle prescrite, recommandée ou administrée par un Médecin ou contrairement à ses instructions, que ces drogues soient ou non disponibles uniquement sous ordonnance.
6. L'Assuré a un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date de prise d'effet sauf si toutes les conditions à la section « Prestation en cas de récidive de Cancer » sont respectées.
7. L'Assuré a conduit un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang dépassait la limite légale s'appliquant à l'endroit où est survenu l'événement qui a été à l'origine de la Maladie grave.
8. L'Assuré a commis un acte criminel ou a provoqué des troubles, ou il a tenté de le faire.
9. La Maladie grave résulte de l'usage abusif d'alcool.
10. L'Assuré a participé à une émeute, à une guerre ou à une insurrection.
11. Des Antécédents médicaux, sauf si le Diagnostic de Maladie grave pour lequel une demande de règlement est faite est posé plus de vingt-quatre (24) mois après la date de prise d'effet de l'assurance de la personne concernée, et sous réserve de toute autre disposition de la section « Exclusion relative aux Antécédents médicaux ».
12. Toute exclusion stipulée sur le certificat de l'assuré, devient une partie intégrante de la section Exclusions de la présente brochure, et ce, à partir de la date effective du certificat.

EXCLUSION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cette exclusion pour Antécédents médicaux s'applique seulement aux portions de Capital assuré qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux Maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Cependant, si la personne assurée fait une demande de couverture pour un montant supérieur au capital assuré garanti à l'établissement et qu'il est approuvé par l'assureur, cette exclusion ne s'appliquera pas pour cette même personne assurée.

Si l'assurance en cas de Maladies graves remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, l'Assuré qui a satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputé avoir satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du Capital assuré de l'ancien contrat et uniquement pour les Maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle Maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant la prise d'effet du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour Antécédents médicaux que l'Assuré a satisfaite dans l'ancien contrat est réduite de la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des Maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie seront assujetties à l'exclusion pour Antécédents médicaux.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE

Prime mensuelle

Taux mensuel pour chaque tranche de 1 000 \$ du capital assuré (taxe de vente provinciale en sus) :

ÂGE	Taux de prime (\$)			
	Homme		Femme	
	Non-Fumeur	Fumeur	Non-Fumeur	Fumeur
15-19	0,144 \$	0,164 \$	0,125 \$	0,144 \$
20-24	0,152 \$	0,173 \$	0,118 \$	0,137 \$
25-29	0,205 \$	0,248 \$	0,196 \$	0,242 \$
30-34	0,221 \$	0,281 \$	0,254 \$	0,344 \$
35-39	0,253 \$	0,365 \$	0,304 \$	0,473 \$
40-44	0,356 \$	0,608 \$	0,390 \$	0,721 \$
45-49	0,595 \$	1,205 \$	0,568 \$	1,183 \$
50-54	0,934 \$	2,152 \$	0,773 \$	1,700 \$
55-59	1,602 \$	3,942 \$	1,048 \$	2,256 \$
60-64	2,729 \$	6,602 \$	1,553 \$	3,078 \$
65	3,629 \$	8,786 \$	2,066 \$	4,096 \$
66	3,991 \$	9,665 \$	2,272 \$	4,505 \$
67	4,391 \$	10,632 \$	2,500 \$	4,955 \$
68	4,830 \$	11,695 \$	2,748 \$	5,449 \$
69	5,312 \$	12,864 \$	3,023 \$	5,993 \$

Pour calculer la prime mensuelle à payer pour votre couverture ou pour celle de votre conjoint, utilisez le taux mensuel applicable (selon sur l'âge, le sexe et l'usage du tabac de la personne assurée) dans la table des taux mensuels ci-contre et multipliez ce taux par le nombre de tranches de 1 000 \$ comprises dans le capital assuré

PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes pour votre assurance ainsi que l'assurance de votre conjoint, si applicable, sont payées par vous grâce au prélèvement automatique sur la paie.

LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à l'Assureur par le Contractant. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

LIEU DU DIAGNOSTIC

Si un Assuré présente une demande de règlement pour une Maladie grave se manifestant ou pour laquelle un Diagnostic est posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, l'Assuré pourra avoir droit à cette indemnité au moment de son retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, l'Assureur dispose néanmoins du droit de demander à l'Assuré de passer un nouvel examen médical venant confirmer le Diagnostic de Maladie grave à son retour au Canada.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Déclaration de Maladie grave

La déclaration écrite de la Maladie grave faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'Assureur au plus tard trente (30) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, par le bénéficiaire ou par la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à un des bureaux régionaux de l'Assureur ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la Maladie grave constitue le fondement de cette déclaration. Le fait de ne pas présenter la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Formulaires de demande de règlement

Lorsque l'Assureur reçoit la déclaration, il fournit au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la Police à l'égard des pièces justificatives de la Maladie grave si, dans le délai imparti dans la Police, il fournit les pièces justificatives de la Maladie grave exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la Maladie grave qui fait l'objet de la demande de règlement.

Pièces justificatives de la Maladie grave

Les pièces justificatives de la Maladie grave doivent être remises à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Le fait de ne pas présenter pièces justificatives dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner l'Assuré par un Médecin désigné par lui pour qu'il puisse confirmer le Diagnostic de Maladie grave. Il se réserve aussi le droit de faire subir à l'Assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la Police sont réglées dès que l'Assureur juge suffisantes les preuves qu'il a reçues pour démontrer que les exigences de la Police sont respectées relativement à la Maladie grave concernée. Toutes les sommes payables en vertu de la Police le sont en monnaie légale du Canada.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION

La présente annexe fait état des exclusions de réadmission de toutes les Maladies graves qui peuvent se trouver dans l'un ou l'autre des ensembles offerts par l'Assureur pour l'Assurance en cas de maladies graves. Le contractant et les adhérents assurés sont ainsi avisés que l'Assureur continuera à appliquer ces exclusions même en cas de changement dans les choix de garanties d'Assurance en cas de maladies graves. Se reporter aux dispositions des garanties d'assurance en cas de maladies graves pour prendre connaissance des Maladies graves et Interventions chirurgicales effectivement couvertes par le contrat.

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour une personne assurée autre qu'un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable pour la situation décrite dans l'une des colonnes de droite du tableau ci-dessous, certaines des situations décrites dans la colonne de gauche ne peuvent plus donner droit à des prestations pour la même personne. Dans les cas où une situation ne peut plus donner droit à des prestations, un X se trouve à la fois vis-à-vis la situation décrite à gauche et la situation de la colonne concernée. De plus, pour qu'une situation puisse ouvrir droit à des prestations, elle doit être incluse dans la liste des Maladies graves couvertes pour la personne assurée ou à l'article « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable, d'autres prestations ne peuvent en aucun cas devenir payables pour cet Enfant à charge, peu importe les maladies qui sont en cause.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante								
Note: Pour qu'une seconde demande pour Cancer puisse être approuvée, la garantie doit comporter l'article « Prestations en cas de récurrence de cancer » et toutes les exigences qui y sont prévues doivent être respectées.	Accident vasculaire cérébral	Anémie aplasique	Angioplastie coronarienne	Arthrite rhumatoïde grave	Brûlures graves	Cancer (avec risque de décès)	Voir note	Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante								
Accident vasculaire cérébral	X							
Anémie aplasique		X				X		
Angioplastie coronarienne	X		X					X
Arthrite rhumatoïde grave				X				
Brûlures graves					X			
Cancer (avec risque de décès)		X				X		
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		X	X			X		X
Carcinome canalaire in situ du sein		X	X			X		X
Cardiomyopathie dilatée								
Cécité								
Chirurgie de l'aorte	X							
Coma	X							
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	X							
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	X			X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X							
Dystrophie musculaire								
Greffe d'un organe vital	X			X				
Hépatite virale fulminante								
Hypertension artérielle pulmonaire primitive								
Infection au VIH dans le cadre du travail								
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X			X		X		
Insuffisance rénale	X			X				
Lupus érythémateux disséminé				X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie				X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques								
Maladie du motoneurone								
Mélanome malin au stade 1A		X	X			X		X
Méningite purulente								
Paralyse					X			
Perte d'autonomie	X	X		X	X	X		
Perte de l'usage de la parole								
Perte de membres								
Pontage aortocoronarien	X							
Remplacement d'une hanche				X				
Remplacement d'un genou				X				
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X							
Sclérose en plaques								
Sclérose généralisée évolutive								

Surdité							
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante							
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	C�c�t�	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X		X	X	X	X
Anémie aplasique							X
Angioplastie coronarienne	X	X		X		X	
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (avec risque de décès)							X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	X						X
Carcinome canalaire in situ du sein	X						X
Cardiomyopathie dilatée		X					
C�c�t�			X		X		
Chirurgie de l'aorte		X		X		X	
Coma		X		X	X	X	X
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)		X		X		X	X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente		X		X		X	X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X		X		X	
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital		X		X		X	X
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique � un stade avancé		X		X		X	X
Insuffisance rénale		X		X		X	X
Lupus érythémateux dissimin�							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A	X						X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie		X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole					X		
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien		X		X		X	
Remplacement d'une hanche							
Remplacement d'un genou							

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X		X		X	
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante							
	Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Dystrophie musculaire	Greffe d'un organe vital	Hépatite virale fulminante	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Infection au VIH dans le cadre du travail	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X	X		X	X	X
Anémie aplasique			X				
Angioplastie coronarienne							X
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (avec risque de décès)			X	X		X	X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)			X	X		X	X
Carcinome canalaire in situ du sein			X	X		X	X
Cardiomyopathie dilatée		X			X		
Cécité		X				X	X
Chirurgie de l'aorte					X		X
Coma		X	X		X	X	X
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)		X	X		X		X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente		X	X	X	X		X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X	X	X	X		X
Hépatite virale fulminante				X			
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					X		
Infection au VIH dans le cadre du travail						X	
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X	X	X		X	X
Insuffisance rénale		X	X		X	X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A			X	X		X	X
Méningite purulente							
Paralysie		X				X	X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X				X	
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien					X		X
Remplacement d'une hanche							
Remplacement d'un genou							

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques							X
Sclérose généralisée évolutive							X
Surdité		X				X	
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante							
	Insuffisance rénale	Lupus érythémateux dissimin�	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Maladie du motoneurone	Mélanome malin au stade 1A	Méningite purulente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X	X			X		X
Anémie aplasique							
Angioplastie coronarienne						X	
Arthrite rhumatoïde grave	X	X	X				
Brûlures graves							
Cancer (avec risque de décès)							
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						X	
Carcinome canalaire in situ du sein						X	
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité					X		X
Chirurgie de l'aorte							
Coma	X			X	X		X
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	X				X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	X	X	X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer							
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X	X	X				
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique � un stade avancé	X	X	X				
Insuffisance rénale	X	X	X				
Lupus érythémateux dissimin�	X	X	X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	X	X	X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques				X			
Maladie du motoneurone					X		
Mélanome malin au stade 1A						X	
Méningite purulente							X
Paralyse				X	X		X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X		X
Perte de l'usage de la parole				X	X		X
Perte de membres							

Pontage aortocoronarien							
Remplacement d'une hanche							
Remplacement d'un genou							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque							
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		X
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante							
	Paralyisie	Perte	Perte de l'usage de la parole	Perte de membres	Pontage aorto-coronarien	Remplacement d'une hanche	Remplacement d'un genou
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X			X		
Anémie aplasique		X					
Angioplastie coronarienne					X		
Arthrite rhumato�ide grave		X				X	X
Brûlures graves		X					
Cancer (avec risque de décès)		X					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)							
Carcinome canalaire in situ du sein							
Cardiomyopathie dilatée		X					
C�civit�		X					
Chirurgie de l'aorte		X			X		
Coma	X	X			X		
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)		X			X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente		X			X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X			X		
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X			X		
Hépatite virale fulminante		X					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail		X					
Insuffisance hépatique � un stade avancé		X			X		
Insuffisance rénale		X			X		
Lupus érythémateux dissimin�		X					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie		X					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		X					
Maladie du motoneurone		X					
Mélanome malin au stade 1A							
Méningite purulente		X					
Paralyisie	X	X					
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X	X				

Perte de membres		X		X			
Pontage aortocoronarien		X			X		
Remplacement d'une hanche		X				X	X
Remplacement d'un genou		X				X	X
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques		X					
Sclérose généralisée évolutive		X					
Surdité		X					
Tumeur cérébrale bénigne		X					

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (SUITE)

Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	Sclérose en plaques	Sclérose généralisée évolutive	Surdité	Tumeur cérébrale bénigne	
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante						
Accident vasculaire cérébral	X	X	X		X	
Anémie aplasique						
Angioplastie coronarienne	X					
Arthrite rhumato�ide grave						
Brûlures graves						
Cancer (avec risque de décès)						
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						
Carcinome canalaire in situ du sein						
Cardiomyopathie dilatée						
Cécité		X			X	
Chirurgie de l'aorte	X					
Coma	X	X	X		X	
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	X		X			
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	X		X			
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X					
Dystrophie musculaire						
Greffe d'un organe vital	X		X			
Hépatite virale fulminante						
Hypertension artérielle pulmonaire primitive						
Infection au VIH dans le cadre du travail						
Insuffisance hépatique � un stade avancé	X		X			
Insuffisance rénale	X	X	X			
Lupus érythémateux dissimin�						
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie						
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques						
Maladie du motoneurone						
Mélanome malin au stade 1A						
Méningite purulente					X	
Paralysie		X			X	
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	

Perte de l'usage de la parole		X			X
Perte de membres					
Pontage aortocoronarien	X				
Remplacement d'une hanche					
Remplacement d'un genou					
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X				
Sclérose en plaques		X			
Sclérose généralisée évolutive			X		
Surdité		X		X	X
Tumeur cérébrale bénigne					X

* Lorsqu'une demande a été faite pour une personne assurée en rapport avec un Cancer avec risque de décès, une autre demande pour Cancer ne peut être ultérieurement approuvée, sauf dans les cas où la garantie comporte l'article « Prestation en cas de récidive de Cancer » et que toutes les exigences qui y sont prévues sont respectées.



Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès
aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500