

V O S Garanties



BROCHURE D'EXPLICATION



Bonjour!



CROIX BLEUE^{MC}
MEDAVIE

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE



alliance québécoise
des techniciens et techniciennes
de l'image et du son

Groupe n° 96999

AQTIS
1001, boul. De Maisonneuve Est
Bureau 900
Montréal (Québec) H2L 4P9

info@aqtis.qc.ca
Tél. : 514-844-2113
Télééc. : 514-844-3540

Le présent régime d'assurance collective est destiné aux
membres de

**L'ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES TECHNICIENS
ET TECHNICIENNES DE L'IMAGE ET DU SON**

ainsi qu'à leurs permissionnaires

Groupe n° 96999

Nous sommes heureux de vous compter parmi notre clientèle.

L'AQTIS, par l'entremise de Medavie Inc. et la Compagnie
d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, vous offre une sécurité
médicale et financière par le biais de votre assurance collective.

Votre brochure et votre certificat d'assurance contiennent des
renseignements importants.

Veuillez les conserver dans un endroit sûr.

Révisé : novembre 2017

À noter :

La forme masculine, utilisée dans le texte de la brochure pour plus de
commodité, désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

STIPULATIONS GÉNÉRALES.....	1
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ET DE SES PERSONNES À CHARGE	11
GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT	12
ASSURANCE MALADIES GRAVES DE L'ADHÉRENT.....	15
GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	21
GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	23
GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	26
GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ.....	28
GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE.....	35
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	46
<u>COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT</u>	53
<u>SOMMAIRE DES GARANTIES POUR LES MEMBRES</u>	55
<u>SOMMAIRE DES GARANTIES POUR LES PERMISSIONNAIRES</u>	61
<u>AVIS IMPORTANT</u>	63

STIPULATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Adhérent

Tout membre, membre « double allégeance », ou permissionnaire qui est admissible à l'assurance et y a adhéré.

Apte au travail

Le fait pour un adhérent d'être capable d'exercer pendant toute une journée de travail toutes les tâches habituelles reliées à sa profession de technicien.

Assuré

L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du contrat.

Membre

Un membre de l'AQTIS

Un technicien, un assistant réalisateur ou un coordonnateur de productions TV qui, conformément aux statuts et règlements de l'AQTIS, a été admis et n'a pas été suspendu ou exclu de l'AQTIS.

Un **membre actif** est un membre qui cotise à l'assurance en vertu d'un contrat de travail relié à sa profession de technicien avec un producteur ayant une entente collective avec l'AQTIS.

Un **membre non actif** est un membre qui n'a aucun contrat de travail avec un producteur ayant une entente collective avec l'AQTIS et qui, par conséquent, ne cotise pas à l'assurance.

Un membre « **double-allégeance** » est un membre de l'AQTIS et d'une ou de plusieurs autres organisations avec laquelle l'AQTIS a une entente de réciprocité intersyndicale en matière d'assurance collective, selon leur statut respectif, qui est admissible à chacun des régimes d'assurance de ces organisations, et qui a choisi de participer au régime de l'AQTIS ou s'est vu attribuer ce choix par défaut.

Permissionnaire

Tout technicien à qui l'AQTIS a fourni un permis de travail, à l'exclusion des membres démissionnaires.

Un **permissionnaire actif** de l'AQTIS est un permissionnaire qui cotise à l'assurance en vertu d'un contrat de travail relié à sa profession de technicien avec un producteur ayant une entente collective avec l'AQTIS.

Un **permissionnaire non actif** de l'AQTIS est un permissionnaire qui n'a aucun contrat de travail avec un producteur ayant une entente collective avec l'AQTIS et qui, par conséquent, ne cotise pas à l'assurance.

Personnes à charge

- . la personne qui est devenue votre **conjoint** à la suite d'un mariage légalement contracté ou la personne avec laquelle vous résidez en permanence et vivez maritalement depuis au moins **un an** et que vous avez désignée comme telle sur votre demande d'adhésion, la période précitée ne s'appliquant pas si un enfant est issu de l'union.
- . vos **enfants** qui n'ont pas de conjoint, qui dépendent de vous pour leur soutien financier et qui sont âgés
 - de moins de 21 ans, ou
 - de moins de 26 ans si étudiants à plein temps, ou
 - le cas échéant, vos enfants de tout âge qui demeurent avec vous s'ils ont été frappés d'invalidité totale alors qu'ils étaient considérés comme personnes à charge en vertu de la présente définition et qu'ils le sont demeurés depuis ce jour.

Pour l'assurance vie, la protection des enfants à charge débute 24 heures après leur naissance.

Hôpital

Un centre hospitalier de soins de courte durée (CH) tel qu'établi en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre réservée aux soins de longue durée.

Le terme « hôpital » n'englobe pas les hôpitaux de soins psychiatriques, les hôpitaux pour soins de longue durée, les hôpitaux antituberculeux, les sanatoriums, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les stations thermales, les dispensaires, de même que les autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde.

Revenu d'un membre, membre « double allégeance » ou d'un permissionnaire

Le revenu d'un membre ou d'un permissionnaire provenant de sa profession de technicien exercée auprès d'un producteur ayant une entente collective avec l'AQTIS, moins les dépenses admissibles permises par le ministère du revenu, mais avant la réduction pour les exemptions personnelles, le tout d'après la moyenne des 24 derniers mois se terminant 3 mois avant la date d'évaluation.

Le revenu d'un membre « double allégeance » inclut également tous les revenus provenant de sa profession de technicien exercée auprès de producteurs faisant partie d'une organisation ayant une entente de réciprocité intersyndicale en assurance collective avec l'AQTIS, et ce dans la mesure où les contributions correspondantes à ces revenus ont été versées à l'AQTIS.

Dans le cas de la garantie d'assurance salaire de longue durée, l'assureur peut demander les documents nécessaires à la validation et à la révision, s'il y a lieu, du montant de prestations devant être alloué (par exemple, feuillets T4, déclarations d'impôt, montant des dépenses d'affaires, états financiers).

Calcul du revenu moyen durant un congé de maternité / paternité

- Lors d'un congé de maternité / parental la protection de l'adhérent ne peut être assujettie à une réévaluation pendant la durée du congé; la période autorisée est établie à 12 mois (mise à part la période liée à la portion « congé préventif » lorsqu'applicable).
- Le montant considéré aux fins du calcul du revenu annuel moyen sera calculé à la date d'évaluation précédent le début du congé de maternité / parental; le niveau de couverture sera réévalué à la date d'évaluation suivant la fin du congé de maternité / parental.

PARTICIPATION

La participation est à caractère **obligatoire**, c'est-à-dire que le membre / permissionnaire doit adhérer à toutes les garanties auxquelles il est admissible d'après son revenu moyen, sous réserve des paragraphes qui suivent.

Le membre « double allégeance » n'est pas admissible au présent régime durant la période où il a choisi de participer à un régime d'une autre organisation avec laquelle l'AQTIS a une entente de réciprocité en matière d'assurance collective, ou s'est vu attribuer ce choix par défaut.

CALCUL DU REVENU MOYEN

Le revenu total de l'adhérent au cours de la période considérée aux fins de l'évaluation (24 derniers mois se terminant 3 mois avant la date d'évaluation), divisé par le nombre de mois compris dans cette période (24), le résultat étant alors multiplié par 12.

Pendant toute période d'invalidité totale (incluant le délai de carence), le montant considéré aux fins du calcul du revenu moyen annuel est le revenu assuré à la date à laquelle débute l'invalidité (donc le revenu à la dernière évaluation).

DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ AUX GARANTIES

La protection de l'adhérent est établie à la date d'évaluation, soit le 1^{er} avril ou le 1^{er} octobre de chaque année.

Le revenu considéré est celui gagné (à titre de membre ou de permissionnaire) dans les 24 derniers mois se terminant 3 mois avant la date d'évaluation.

REMARQUE

Un permissionnaire qui devient membre de l'AQTIS devient immédiatement admissible à la couverture des membres selon son revenu moyen, tel qu'établi à la dernière date d'évaluation.

PROTECTION ACCORDÉE SELON LE REVENU MOYEN

1. Pour le membre

<u>Revenu moyen</u>	<u>Protection</u>
0 \$	Aucune protection
1 \$ à 4 999 \$	Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge
5 000 \$ à 15 499 \$	Assurance médicaments, Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge, Assurance maladies graves et Assurance décès ou mutilation par accident.

15 500 \$ à 20 499 \$	Assurance médicaments, Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge, Assurance décès ou mutilation par accident, Assurance maladies graves, Assurance salaire de courte durée, et protection d'Assurance santé (frais d'hospitalisation, soins professionnels de base et frais médicaux) et Assurance voyage.
20 500 \$ à 40 999 \$	Assurance médicaments, Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge, Assurance décès ou mutilation par accident, Assurance maladies graves, Assurance salaire de courte durée, Assurance salaire de longue durée, Assurance santé (frais d'hospitalisation, soins professionnels de base et frais médicaux), Assurance voyage et Assurance soins dentaires de base (Régime A).
41 000 \$ et plus	Assurance médicaments, Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge, Assurance décès ou mutilation par accident, Assurance maladies graves, Assurance salaire de courte durée, Assurance salaire de longue durée, Assurance santé (frais d'hospitalisation, soins professionnels complémentaires et frais médicaux), Assurance voyage et Assurance soins dentaires enrichie (Régime B).

Avis touchant les adhérents qui n'ont pas travaillé pour une production de l'AQTIS dans les six derniers mois se terminant trois mois avant toute date d'évaluation.

Il est convenu que le régime d'assurance accordé à l'adhérent est établi sur la base d'un régime complémentaire (2e payeur) par rapport à tout régime d'assurance collective souscrit par un syndicat, un producteur ou une association, auquel est admissible le membre ou l'employé.

Aux fins d'application de la présente disposition, l'adhérent devra, à chaque date d'évaluation,

- Déclarer par écrit qu'il n'est pas admissible à un autre régime d'assurance collective à titre de membre ou d'employé d'un membre ou
- Identifier par écrit l'autre régime d'assurance collective auquel il est admissible à titre de membre ou d'employé d'un membre.

L'adhérent qui ne remplit pas sa déclaration écrite ne recevra aucune prestation à laquelle il serait autrement admissible en vertu de la Garantie d'assurance santé et de la Garantie d'assurance soins dentaires du contrat et ce, jusqu'à ce qu'il fasse cette déclaration.

De plus, il est précisé que l'adhérent qui est admissible à un autre régime tel que décrit ci-dessus a, aux fins de l'assurance prévue en vertu du contrat, l'obligation d'y participer, à défaut de quoi l'assureur peut mettre fin à sa couverture.

2. Pour le permissionnaire

Revenu moyen

Protection

10 000 \$ à 20 499 \$

Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

20 500 \$ et plus

Assurance médicaments, Assurance vie de l'adhérent et de ses personnes à charge, Assurance décès ou mutilation par accident et Assurance maladies graves.

PRIMES EXIGÉES

Membres, membre « double allégeance », ou permissionnaires actifs de l'AQTIS

La contribution mensuelle pour tout membre, membre « double allégeance », actif ou permissionnaire actif est fixée à un pourcentage de son revenu, sous réserve d'un maximum annuel.

Aucune contribution n'est exigée de la part d'un membre ou d'un permissionnaire qui n'a pas de contrat de travail et il conserve toutes ses garanties pendant la période au cours de laquelle il est non actif, et ce, jusqu'à la prochaine date d'évaluation.

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Adhérent

Toute personne qui devient permissionnaire en règle de l'AQTIS devient admissible à l'assurance à la prochaine date d'évaluation.

Personne à charge

Toute personne à charge d'un adhérent devient admissible à l'assurance à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent devient admissible;
- b) la date à laquelle elle répond à la définition de personne à charge en vertu du présent contrat;
- c) le jour suivant sa sortie de l'hôpital si la personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

TOUTES LES GARANTIES

Membre, membre « double allégeance », ou permissionnaire

L'assurance d'un membre, membre « double allégeance », ou d'un permissionnaire prend effet à sa date d'admissibilité, pourvu qu'il soit apte au travail à cette date, sinon à la date à laquelle il le devient.

Personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

1. la date de son admissibilité, si sa demande d'assurance est reçue par l'assureur à cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date d'admissibilité, ou
2. la date d'acceptation par l'assureur de la preuve d'assurabilité si la demande d'assurance est reçue par l'assureur plus de 31 jours après sa date d'admissibilité ou plus de 31 jours après la date à laquelle a pris fin la couverture ayant donné droit à une exemption.

PREUVES D'ASSURABILITÉ : applicables aux personnes à charge seulement.

1. Des preuves d'assurabilité doivent être fournies à l'assureur :
lorsque la demande d'assurance de l'adhérent pour une personne à charge parvient à l'assureur plus de 31 jours après la date à laquelle cette personne à charge est devenue admissible, sous réserve de l'alinéa 2. qui suit.
2. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour la GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS.
3. Dans le cas de la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES, pour toute personne à charge dont l'assurance entre en vigueur plus de 31 jours après sa date d'admissibilité à l'assurance, la preuve d'assurabilité est remplacée par une Limitation des prestations, telle que décrite au chapitre de l'assurance soins dentaires dans cette brochure.

FIN DE L'ASSURANCE

Sous réserve de toute autre stipulation, l'assurance prend fin au premier des événements suivants :

- . l'âge mentionné dans le texte de chacune des garanties, s'il y a lieu;
- . la date à laquelle l'adhérent cesse d'être membre ou permissionnaire de l'AQTIS ou est suspendu ou exclu de l'AQTIS, sauf pour la garantie d'assurance vie, qui est alors prolongée de 30 jours;
- . à l'égard d'une garantie donnée, la date à laquelle l'adhérent cesse d'y être admissible en raison d'une baisse de revenus, conformément à l'article PROTECTION ACCORDÉE SELON LE REVENU MOYEN décrit à la présente section;
- . la date de résiliation du contrat d'assurance collective;
- . dans le cas d'une personne à charge : le jour où elle cesse de répondre à la définition de personne à charge prévue dans cette brochure;
- . dans le cas des garanties sujettes à la prolongation d'assurance en cas d'invalidité : la date à laquelle un tel adhérent atteint l'âge de 60 ans;
- . le cas échéant, le jour où un assuré commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur.

PROLONGATION D'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ

Si un adhérent devient **totale**ment invalide pendant que son assurance est en vigueur et avant son 60^e anniversaire de naissance, il demeure couvert à l'égard de toutes ses garanties. Toutefois, la prolongation se termine au premier des événements suivants :

- la fin de l'invalidité totale;
- l'atteinte de l'âge de 60 ans;
- la résiliation du contrat d'assurance collective, sauf pour l'assurance vie et l'assurance salaire de longue durée, qui demeure en vigueur pour l'adhérent invalide.

La protection de l'adhérent ne peut être sujette à une réévaluation pendant que l'invalidité totale subsiste. Sa protection est réévaluée à la date d'évaluation qui suit la date de la fin de son invalidité.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Le montant total des prestations provenant de toutes sources ne peut jamais excéder le montant des frais réellement engagés.

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, vous ou vos personnes à charge avez droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'assuré aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.

Règle applicable

- . les frais engagés par le conjoint couvert à titre d'employé en vertu d'un autre régime sont remboursés par son régime, et ensuite par le présent régime s'il y a un solde;
- . les frais engagés par les enfants couverts à titre de personnes à charge des deux parents sont remboursés d'abord par le régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Tous les assurés sont considérés comme étant couverts en vertu des lois de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie du Québec ou de toute autre province, et les sommes versées par l'assureur ne doivent en aucun cas dépasser celles qui sont payables aux assurés qui sont couverts en vertu du régime gouvernemental.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- Aucune garantie ne s'applique à un assuré lorsqu'il exerce ses fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par la Loi sur l'assurance-médicaments;
- un assuré qui séjourne en dehors du Canada pendant une période de plus de six mois cesse d'être admissible à l'assurance, à moins que l'assureur n'ait donné son approbation au préalable.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ET DE SES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Advenant votre décès ou le décès de l'une de vos personnes à charge, pendant que l'assurance est en vigueur, l'assureur verse à votre bénéficiaire ou à vous-même selon le cas, le montant d'assurance vie indiqué au Sommaire des garanties.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est celui désigné par l'adhérent lors de sa demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur demande écrite signée par l'adhérent et déposée chez l'AQTIS.

A défaut de bénéficiaire désigné, la prestation de décès est payable aux ayants droit de l'adhérent.

DROIT DE TRANSFORMATION

Vous pouvez, avant l'âge de 65 ans, transformer votre assurance collective en une police d'assurance individuelle alors offerte par l'assureur, dans les 31 jours suivant la fin de votre assurance en raison de la cessation de votre appartenance à l'AQTIS, sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. Ce droit s'applique également à vos personnes à charge.

Remarque:

L'assurance ainsi transformée est sujette à des limitations, lesquelles sont mentionnées dans le contrat d'assurance collective remis à l'AQTIS.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE

La formule de réduction du montant d'assurance de l'adhérent est indiquée au Sommaire des garanties.

FIN DE LA GARANTIE

La fin de la garantie applicable à l'adhérent et à ses personnes à charge est indiquée au Sommaire des garanties.

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Votre assurance décès ou mutilation par accident vous protège en cas de décès accidentel, de perte ou de perte de l'usage d'un membre ou perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe. Le montant de l'indemnité est un pourcentage du montant assurable indiqué au Sommaire des garanties, selon le tableau des pertes ci-dessous :

Perte	Pourcentage de la protection
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras	100 %
des deux mains	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

INDEMNITÉS SUPPLÉMENTAIRES

Exposition - une perte résultant de l'exposition inévitable aux éléments est couverte, sous réserve de toutes les dispositions de la présente garantie.

Disparition - si vous disparaissiez en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du transporteur à bord duquel vous preniez place et si vous n'êtes pas retrouvé dans les 365 jours de cet événement, vous êtes considéré comme ayant perdu la vie par suite d'un accident.

Indemnité en cas de coma – 1 % du montant d'assurance, payable en prestation mensuelle, suivant 31 jours consécutifs de perte de conscience complète et totale survenue dans les 31 jours d'une blessure accidentelle, jusqu'à l'épuisement du montant d'assurance ou jusqu'à votre décès, selon la première éventualité.

Retour de la dépouille - un remboursement maximum de 7 500 \$ pour les frais d'inhumation ou d'incinération, si votre décès accidentel survient à plus de 150 kilomètres de votre domicile. Le prix du cercueil est exclu.

Indemnité de réadaptation - un remboursement maximum de 5 000 \$ pour les frais engagés pour votre formation spéciale, en cas d'une perte décrite dans le tableau de la présente garantie. Les frais couverts sont ceux qui sont engagés dans les 3 ans de l'accident.

Formation professionnelle du conjoint - un remboursement maximum de 5 000 \$ pour les frais engagés pour la formation professionnelle de votre conjoint dans le but qu'il obtienne un emploi. Les frais couverts sont ceux qui sont engagés dans les 3 ans de votre décès par accident.

Frais d'études suite à votre décès par accident - le moindre de 5 % du montant d'assurance, ou 5 000 \$ pour chaque année tant que l'enfant à charge est aux études à plein temps dans un établissement d'études postsecondaires, jusqu'à concurrence d'une période de cinq ans de prestations, ou jusqu'à l'atteinte de l'âge de 26 ans, selon la première éventualité.

Indemnité de voyage pour la famille - un remboursement maximum de 1 500 \$ pour le déplacement de membres de votre famille à votre chevet, si vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre domicile en raison d'une perte décrite dans le tableau de la présente garantie.

VERSEMENT DES INDEMNITÉS

En cas de décès accidentel, l'assureur verse le montant de votre assurance à votre bénéficiaire désigné pour votre assurance vie. En cas de mutilation, les indemnités vous sont versées.

L'assureur se réserve le droit de demander un examen médical ou, en cas de décès, une autopsie.

EXCLUSIONS

1. Aucune indemnité n'est versée en vertu de la présente garantie si la perte résulte de votre participation à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.
2. Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - suicide ou tentative de suicide, blessure volontaire que vous vous infligez, en quelque état d'esprit que vous ayez été,
 - insurrection, guerre (déclarée ou non), ou hostilité des forces armées de tout pays, ainsi que votre participation à une émeute ou à un affrontement public,
 - absorption volontaire de poison ou de drogue, ou inhalation volontaire de gaz,
 - maladie ou affection, ou traitement médical ou chirurgical de celles-ci, autre qu'une infection septicémique survenue en raison d'une blessure accidentelle,
 - envolée ou tentative d'envolée à bord d'un avion ou autre aéronef si vous êtes membre de l'équipage, ou si vous exercez une fonction quelconque se rapportant au vol.
3. De plus, la présente garantie ne s'applique pas si vous conduisez un véhicule alors que votre alcoolémie excède la limite fixée par la loi qui s'applique dans la juridiction dans laquelle a lieu l'accident. Aux fins de la présente exclusion, *véhicule* désigne tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige et le bateau.
4. Si vous subissez plus d'une perte dans un même accident, l'assureur verse la prestation pour une seule perte, soit celle qui donne droit au montant le plus élevé.

FIN DE LA PROTECTION

La protection prend fin à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance.

ASSURANCE MALADIES GRAVES DE L'ADHÉRENT

Même si les soins médicaux sont assurés par l'État, il existe certaines conditions qui entraînent des coûts supplémentaires parfois très élevés, parce qu'une personne est affligée d'une maladie grave ou d'un handicap sévère causé par une maladie.

L'Assurance pour maladies graves vous aide à assumer les coûts supplémentaires entraînés par ces maladies et est versée si l'adhérent malade survit le délai de carence indiqué au Sommaire des garanties.

Le montant de la prestation est payable à l'égard de la **première maladie grave admissible diagnostiquée**. L'indemnité maximale viagère est spécifiée au Sommaire des garanties.

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

Condition préexistante : une condition préexistante désigne toute condition pour laquelle l'adhérent a, au cours des **24 mois** précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la présente garantie à son égard, consulté un médecin, reçu un traitement médical, ou des soins ou services médicaux, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical conduisant à un diagnostic ou au traitement d'une maladie grave admissible, tel que décrit ci-dessous.

Délai de carence : désigne la période de temps continue qui doit s'écouler entre la date à laquelle une des maladies graves admissibles est établie et la date à laquelle le montant d'assurance est payable, du vivant de l'adhérent. Le délai de carence pour les maladies graves est spécifié au Sommaire des garanties.

MALADIES GRAVES ADMISSIBLES

À l'exception des brûlures, toutes les conditions mentionnées ci-dessous doivent résulter d'une maladie pour être admissible.

- 1) Accident vasculaire cérébral : Accident vasculaire cérébral (AVC) entraînant des complications neurologiques pendant plus de trente (30) jours et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie d'une source extra-crânienne. Pour que l'AVC soit considéré comme une maladie couverte, le diagnostic doit également s'appuyer sur des preuves selon lesquelles l'AVC a produit un déficit neurologique mesurable et objectif. Les accidents ischémiques transitoires sont expressément exclus.
- 2) Brûlures graves : Diagnostic, posé par un chirurgien plastique, de brûlures au troisième degré (nécessitant une greffe de la peau) et couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.
- 3) Cancer (constituant un danger de mort) : Diagnostic posé par un médecin, dénotant la présence d'une tumeur maligne, caractérisée par la croissance non contrôlée et la prolifération de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Les types de cancers suivants sont exclus :

- a) le carcinome in situ;
- b) le mélanome malin au stade 1A (mélanome dont l'épaisseur est égale ou inférieure à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau IV ou V);
- c) tout cancer de la peau sans métastase (qui ne s'est pas propagé à des organes éloignés) autre qu'un mélanome;
- d) le cancer de la prostate au stade A (T1a et T1b);
- e) toute tumeur chez un adhérent atteint d'un virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Aucune prestation n'est versée à un adhérent ayant reçu un diagnostic du cancer, qui a présenté le ou les symptômes ou le problème médical, ayant mené au diagnostic du cancer, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladies graves de l'adhérent.

- 4) Cécité : Diagnostic sans équivoque posé par un ophtalmologiste agréé, d'une perte permanente de la vue des deux yeux, de telle manière que :
 - a) l'acuité visuelle ne peut être corrigée au-delà de 20/200 dans les deux yeux; ou
 - b) le champ visuel est inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

- 5) Chirurgie de l'aorte : Chirurgie visant à traiter une maladie de l'aorte thoracique ou abdominale et nécessitant l'ablation du segment atteint de l'aorte et le remplacement de ce segment par une greffe. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou abdominale, mais non ses ramifications. Les dommages causés à la suite d'un traumatisme et toute intervention pour les réparer sont exclus.
- 6) Coma : État d'inconscience présentant une absence de réaction aux stimuli externes ou de réponse aux besoins internes pendant une période continue de quatre jours. Le score de Glasgow observé doit être de quatre (4) ou moins, et ce, de façon continue durant quatre jours. Sont exclus les comas provoqués médicalement, ainsi que les comas directement causés par l'usage d'alcool ou de drogue.
- 7) Crise cardiaque : Diagnostic posé par un médecin, de la mort d'une partie du muscle cardiaque provoquée par l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires causée par l'athérosclérose coronarienne. Le diagnostic doit reposer sur les critères suivants survenant simultanément :
- a) changements électrocardiographiques révélant un infarctus du myocarde aigu;
 - b) nouvel épisode de douleur thoracique typique ou symptômes équivalents; et
 - c) preuve biochimique de nécrose myocardique (mort du muscle cardiaque), incluant une hausse des enzymes cardiaques et/ou de la troponine.
- Les syndromes coronariens aigus moins graves, notamment l'angine instable ou l'insuffisance coronarienne aigue sont exclus.
- 8) Démence sénile : Diagnostic posé par un neurologue agréé, de la perte des capacités intellectuelles, impliquant la perte de mémoire et de jugement, et entraînant une détérioration importante du fonctionnement mental et social nécessitant une surveillance quotidienne. Sont comprises la démence causée par la maladie d'Alzheimer et ses variantes, telles que la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, ainsi que la maladie de Pick. Toutes les autres pathologies démentielles liées à une affection cérébrale organique, ainsi que tous les autres troubles psychiatriques sont exclus.
- 9) Greffe d'un organe principal : Insuffisance irrémédiable du cœur, du foie, de la moelle osseuse ou des deux poumons nécessitant une greffe de l'organe en question, à condition que l'adhérent soit inscrit dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis. L'adhérent doit survivre au moins trente (30) jours suivant la date d'inscription au programme de transplantation.

- 10) Insuffisance rénale : Maladie rénale en phase terminale se manifestant par une insuffisance chronique et irréversible des deux reins, de sorte que l'adhérent doit suivre des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale ou se soumettre à une greffe rénale.
- 11) Maladie des neurones moteurs: Diagnostic sans équivoque posé par un neurologue agréé, d'une maladie des neurones moteurs caractérisée par une faiblesse et une atrophie des muscles. La maladie des neurones moteurs comprend la sclérose latérale amyotrophique/maladie de Lou Gehrig, l'amyotrophie progressive, la paralysie bulbaire progressive, l'amyotrophie spinale musculaire et la sclérose latérale primitive.
- 12) Maladie de Parkinson : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue d'un syndrome parkinsonien idiopathique primaire caractérisé par au moins deux des signes cliniques suivants :
- a) rigidité;
 - b) tremblements;
 - c) bradykinésie.
- Sont exclus tous les autres types de Parkinsonisme.
- 13) Paralyse : Perte totale et permanente de l'utilisation d'au moins deux membres par déficit neurologique résultant d'une maladie causant une déficience objective et mesurable, persistant pendant une période continue de cent quatre-vingt (180) jours, telle que diagnostiquée par un médecin agréé dans une spécialité pertinente.
- 14) Perte de la parole : Perte totale et irréversible de la parole, au cours d'une période continue de cent quatre-vingt (180) jours, à la suite d'une maladie diagnostiquée par un médecin spécialiste. Les maladies psychiatriques sont exclues.
- 15) Pontage aorto-coronarien : Chirurgie cardiaque pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide de pontages greffés. Ceci exclut les techniques non chirurgicales comme l'angioplastie par ballonnet, l'embolotomie au laser ou toute autre technique sans pontage. La chirurgie doit avoir été recommandée par un cardiologue exerçant au Canada.
- 16) Sclérose en plaques : Diagnostic sans équivoque de sclérose en plaques posé par un neurologue, caractérisée par des épisodes d'anomalies neurologiques bien définies présentes pendant une période continue d'au moins six mois, ou pendant deux épisodes distinctes et documentées cliniquement. La présence de multiples lésions de démyélinisation doit être confirmée par un examen par IRM ou par des techniques d'imagerie généralement employées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

- 17) **Surdité** : Diagnostic sans équivoque posé par un oto-rhino-laryngologiste agréé, de la perte permanente de l'ouïe aux deux oreilles. La perte de l'ouïe pour chaque oreille doit être telle que les sons de 90 décibels ou moins ne peuvent être distingués.
- 18) **Tumeur bénigne au cerveau** : Une tumeur bénigne qui requiert une craniotomie ou une chirurgie utilisant la technologie Gamma Knife à des fins d'excision.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- 1) Aucune prestation n'est payable si une maladie grave admissible survient lorsque l'adhérent commet ou se livre à toute activité criminelle, même si aucune accusation n'a été portée ou qu'il n'y a pas eu de condamnation.
- 2) Aucune prestation n'est payable pour toute maladie grave admissible causée par ou résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :
- a) un accident, à l'exception des brûlures graves définies au point 2 des **Maladies graves admissibles** de la présente garantie; ou
 - b) une blessure que l'adhérent s'est infligée intentionnellement ou une maladie qu'il a volontairement contractée, qu'il ait été sain d'esprit ou non; ou
 - c) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire; ou
 - d) un accident ou blessure subie lors de la conduite d'un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui excède la limite légale dans la juridiction où l'accident est survenu. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autre l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige et le bateau.)
- 3) La présente garantie ne s'applique pas lorsque la **maladie grave admissible** résulte d'une **condition préexistante**, sauf si cette maladie grave survient après 24 mois consécutifs de protection.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance pour maladies graves prend fin à votre cessation d'emploi, à votre retraite ou lorsque vous atteignez 65 ans, selon la première échéance.

L'assurance salaire de courte durée est souscrite sous la forme d'un régime de prestations supplémentaires de chômage.

L'adhérent invalide doit s'adresser à la Commission de l'assurance emploi pour obtenir les prestations auxquelles il a droit et l'assureur verse alors à un tel adhérent une prestation supplémentaire de sorte qu'il obtienne une indemnité totale équivalant à **75 % du revenu hebdomadaire établi selon le revenu moyen**, tel qu'évalué au début de son invalidité (sous réserve du maximum indiqué au Sommaire des garanties).

Toutefois, l'assureur versera l'indemnité totale prévue si l'adhérent ne peut recevoir de prestations d'assurance emploi.

L'APPLICATION DU RÉGIME PSC EST RÉGIE PAR LES DISPOSITIONS CONTENUES DANS LA GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DÉCRITE DANS LE CHAPITRE QUI SUIT.

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Non applicable aux permissionnaires

OBJET DE LA GARANTIE

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous devenez **totalemment invalide** pendant que votre assurance est en vigueur, l'assureur vous verse les prestations hebdomadaires indiquées au Sommaire des garanties, à la condition que vous soyez sous les soins d'un médecin. Le délai de carence et la durée maximale du paiement des prestations sont aussi indiqués au Sommaire des garanties.

DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ TOTALE

Tout état d'incapacité résultant d'un accident ou d'une maladie, exigeant des soins médicaux continus dès le début de l'invalidité et qui vous empêche absolument d'accomplir toutes et chacune des fonctions principales reliées à votre profession de technicien.

Une invalidité totale débutant plus de 15 jours après un accident est considérée comme une maladie.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

Réduction des prestations

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de cette garantie sont réduites d'un montant égal aux indemnités payables :

- i) par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T.);
- ii) par la Société de l'assurance automobile du Québec (S.A.A.Q.);
- iii) en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- iv) en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- v) en vertu de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur.

Les prestations hebdomadaires sont réduites même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes énoncés au présent paragraphe.

Exclusions

- a) Aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :
1. Période durant laquelle vous êtes en vacances payées par votre employeur, ou période durant laquelle vous recevez ou êtes en droit de recevoir une rémunération salariale de votre employeur.
 2. Périodes reliées à la grossesse :
 - . période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, ou
 - . congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre vous et votre employeur.
- b) Aucune prestation hebdomadaire n'est payable relativement à toute invalidité qui résulte de l'une des causes suivantes :
- blessure volontaire, participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection (sauf dans l'accomplissement de vos fonctions) et blessure subie durant une guerre, accident de travail subi par un adhérent non couvert par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T.).
- c) La présente garantie ne s'applique pas si vous commettez ou tentez de commettre tout acte criminel.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à votre retraite ou à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance.

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Non applicable aux permissionnaires

OBJET DE LA GARANTIE

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous devenez **totalemnt invalide** pendant que votre assurance est en vigueur, l'assureur vous verse les prestations mensuelles indiquées au Sommaire des garanties, à la condition que vous soyez sous les soins d'un médecin. Le délai de carence et la durée maximale du paiement des prestations sont aussi indiqués au Sommaire des garanties.

DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ TOTALE

État d'incapacité ayant commencé alors que l'adhérent était assuré en vertu de la présente garantie, résultant d'une maladie ou d'un accident exigeant des soins médicaux et qui empêche complètement de manière continue l'adhérent :

- i) pendant les 36 mois suivant le début de l'invalidité, d'accomplir l'ensemble des tâches inhérentes à sa profession de technicien, et
- ii) par la suite, d'accomplir un emploi rémunérateur qui soit compatible avec sa formation, son éducation et son expérience.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

1) Réduction des prestations

Vos prestations mensuelles sont réduites, le cas échéant, du montant payable en vertu du Régime des rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, de la Loi sur l'assurance-automobile, de la Loi sur l'assurance-emploi ou de toute loi provinciale ou fédérale.

Toutefois, les prestations ne sont pas réduites des montants auxquels a droit l'adhérent pour ses enfants à charge. De plus, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et régimes ci haut mentionnés, accordé comme ajustement au coût de la vie, ne fait pas l'objet de déductions.

2) Coordination des prestations

Dans le cas où la somme des prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie et de tout autre revenu d'invalidité excède **85 %** du revenu mensuel brut, si les prestations sont imposables, (ou du revenu mensuel net si elles ne sont pas imposables), les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que le pourcentage mentionné ci-dessus ne soit pas dépassé.

3) Programme de réadaptation

Si, à la suite d'une période d'invalidité totale qui donne droit au versement de prestations en vertu de la présente garantie, vous participez à un programme de réadaptation, l'assureur vous verse alors, pendant la durée de ce programme de réadaptation, **mais en aucun cas pendant plus de 24 mois**, un paiement mensuel équivalent au plein montant de votre prestation mensuelle d'invalidité, réduit de la moitié du montant de votre rémunération de réadaptation, à la condition, cependant, que votre revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % de votre revenu mensuel de base brut si les prestations sont imposables (ou de votre revenu mensuel net si elles ne sont pas imposables).

4) Alcoolisme et toxicomanie

Si l'invalidité résulte directement d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations ne sont payées que si l'adhérent est en cure fermée de désintoxication et sous surveillance médicale.

5) Exclusions

a) **Conditions préexistantes**

À moins que vous n'ayez été assuré en vertu d'une garantie semblable au cours des 31 jours précédant la date d'entrée en vigueur de votre assurance en vertu de cette garantie, aucune prestation n'est payable si l'invalidité survient au cours des douze premiers mois d'assurance et qu'elle résulte d'une maladie ou d'un accident pour lesquels vous avez reçu des traitements dans la période de trois mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre assurance.

b) Périodes reliées à la grossesse

Aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- . période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, ou
- . congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre vous et votre employeur.

c) Aucune prestation mensuelle n'est payable relativement à toute invalidité qui résulte de l'une des causes suivantes :

blessure volontaire, blessure subie lorsque vous participez activement à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection (sauf dans l'accomplissement de vos fonctions), ou blessure subie durant une guerre, vol ou tentative de vol à bord d'un avion ou d'un autre aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage, ou s'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, ou s'il y participe à titre de parachutiste, ou accident de travail, et ce, seulement dans le cas d'un adhérent non couvert par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T.).

d) La présente garantie ne s'applique pas si vous commettez ou tentez de commettre tout acte criminel.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à votre retraite ou à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 60 ans, selon la première échéance.

GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie couvre les frais de **MÉDICAMENTS ADMISSIBLES** engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués ci-dessous.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

- a) **Franchise** : aucune
- b) **Pourcentage de remboursement** : voir au SOMMAIRE DES GARANTIES

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles sont les frais pour des médicaments et produits inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; certains des médicaments de la liste de la RAMQ ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par règlement, entre autres dans les cas des médicaments d'exception.

L'assureur gèrera les dépenses admissibles de la façon suivante :

- Application du processus d'autorisation préalable dans le cas des médicaments d'exception;
- Contrôle de l'application des critères thérapeutiques préétablis afin de s'assurer que l'assuré reçoit le médicament approprié au moment adéquat.

EXCLUSIONS

Les frais pour les services suivants ne sont pas couverts :

- Les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité au travail ou un régime d'assurance automobile, le cas échéant.
- Services, soins ou produits que l'assuré reçoit gratuitement.

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX RÉSIDANTS DU QUÉBEC

Lorsqu'ils atteignent **65 ans**, l'adhérent et son conjoint ont une décision à prendre relativement à la couverture de leurs médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ

L'adhérent ou son conjoint qui atteint l'âge de 65 ans peut choisir de s'assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à 65 ans, l'adhérent décide d'adhérer au régime de la RAMQ, lui-même et ses personnes à charge, quel que soit leur âge, ne sont plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective.

De même, si le conjoint décide pour lui-même, à 65 ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective.

Toutefois, l'adhérent et ses personnes à charge qui ont adhéré au régime de la RAMQ demeurent couverts, pour les frais décrits ci-dessous, en vertu du régime d'assurance collective :

- la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ.

Décision de se désister de la RAMQ à l'âge de 65 ans

Lorsqu'un résidant du Québec atteint l'âge de 65 ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. L'adhérent **doit donc annuler son inscription** au régime de la RAMQ.

L'adhérent qui, à 65 ans, décide de demeurer couvert par le présent régime doit cependant payer une surprime (dont le montant varie selon qu'il détient une couverture individuelle ou familiale).

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie, à l'égard de vous-même et de vos personnes à charge, prend fin à votre retraite.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- 24 mois après la date de votre décès;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles.

GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ

Non applicable aux permissionnaires

OBJET DE LA GARANTIE

Si vous ou l'une de vos personnes à charge assurées engagez des frais à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, pendant que votre assurance est en vigueur, vous avez droit au remboursement des frais admissibles suivants, **à condition qu'ils soient engagés dans votre province de résidence.**

Généralités

Tout professionnel de la santé et tout spécialiste mentionné dans cette brochure doit être dûment autorisé à exercer sa profession et membre en règle de son association ou de son ordre professionnel.

Aux fins des demandes de règlement, tous les frais décrits dans la présente garantie doivent être jugés comme étant raisonnables et usuels et doivent être engagés sur la recommandation écrite d'un médecin, à moins d'indication contraire.

Chacun des assurés d'une même famille a droit aux montants maximums mentionnés dans cette garantie.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

- **Franchise** : aucune
- **Pourcentage de remboursement** : voir au SOMMAIRE DES GARANTIES pour chacune des catégories de frais admissibles décrites ci-après.

A. FRAIS D'HOSPITALISATION

- . hospitalisation pour **soins actifs** dans un hôpital général :
chambre semi-privée
- . hôpital de **convalescence** et de réadaptation physique :
chambre semi-privée, maximum global de 90 jours par année civile

B. SOINS PROFESSIONNELS DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES

Soins professionnels de base (50 %)

Psychologue ou psychothérapeute : Maximum admissible par visite 80 \$

Autres spécialistes : Maximum admissible par visite 60 \$

Maximum par année civile de 20 visites*

(20 x 40 \$ pour le psychologue ou le psychothérapeute)

(20 x 30 \$ pour les autres spécialistes)

Soins professionnels complémentaires (70 %)

Psychologue ou psychothérapeute : Maximum admissible par visite 80 \$

Autres spécialistes : Maximum admissible par visite 60 \$

Maximum par année civile de 20 visites*

(20 x 56 \$ pour le psychologue ou le psychothérapeute)

(20 x 42 \$ pour les autres spécialistes)

*Maximum combiné de 20 visites par année civile pour le psychologue et le psychothérapeute.

Les **services paramédicaux** suivants, sans recommandation médicale (sauf dans le cas du massothérapeute) :

Chiropraticien, audiologiste, physiothérapeute (ce dernier peut être remplacé par un thérapeute en réadaptation physique T.R.P.), orthophoniste, ostéopathe, homéopathe, orthothérapeute, ergothérapeute, naturopathe, psychologue clinicien, psychothérapeute, massothérapeute, acupuncteur, diététiste et podiatre.

C. FRAIS MÉDICAUX

- Séjour dans une clinique spécialisée **de désintoxication d'alcoolisme et de toxicomanie**, sous le contrôle d'un médecin licencié et sous la surveillance d'un infirmier diplômé, sous réserve d'un remboursement de 2 500 \$ à vie. Ce paragraphe ne s'applique pas aux personnes à charge du membre.
- Services d'un **infirmier licencié** (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier licencié n'est pas disponible), pour des services rendus à votre domicile, sous réserve d'un remboursement maximum global de 5 000 \$ par année civile. Cet infirmier ne doit pas être membre de votre famille, ni résider sous votre toit.

- Frais de transport en **ambulance**, incluant le transport aérien ou le transport ferroviaire lorsque, pour des raisons que l'assureur juge fondées, il faut effectuer le transport d'un assuré en direction ou en provenance du plus proche hôpital pouvant fournir les soins d'urgence nécessaires.
- Achat de **chaussures orthopédiques**, c'est-à-dire les chaussures profondes et les chaussures faites sur mesure pour l'assuré, de même que l'achat d'orthèses podiatriques, sous réserve d'un remboursement global de 400 \$ par année civile. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques.
- Achat de **bas de soutien**, sous réserve d'un remboursement maximum de 100 \$ par année civile.
- Frais de **membres artificiels**, incluant l'oeil artificiel.
- Achat d'une **prothèse capillaire** requise par suite de chimiothérapie, sous réserve d'un remboursement maximum à vie de 250 \$.
- Achat de **prothèses mammaires** (incluant les soutiens-gorge) requises par suite de mastectomie, sous réserve d'un remboursement maximum global de 100 \$ par année civile.
- Frais d'achat **d'appareils auditifs**, sous réserve d'un remboursement maximum de 300 \$ par période de 36 mois.
- Frais d'achat d'un **stérilet**, sous réserve d'un remboursement maximum de 75 \$ par période de 24 mois.
- Frais d'achat d'un **réflectomètre**, sous réserve d'un remboursement maximum de 250 \$ par période de 60 mois.
- **Injections sclérosantes** à des fins médicales, sous réserve d'un remboursement maximum de 15 \$ par visite. (Seul le coût du médicament est admissible).
- Frais engagés auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste pour **un examen de la vue**, sous réserve d'un remboursement maximum de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs. **Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.**

- Tests diagnostiques
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident :
frais d'analyses de laboratoire, sous réserve d'un remboursement maximum de 200 \$ par année civile;
frais de radiographies, sous réserve d'un remboursement maximum de 200 \$ par année civile;
frais de tomographies par ordinateur (scanners) sous réserve d'un remboursement maximum de 200 \$ par année civile;
frais d'échographies dans un bureau privé, sous réserve d'un remboursement maximum de 200 \$ par année civile;
frais d'imagerie par résonance magnétique, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile;
- Honoraires d'un **chirurgien dentiste**, lorsqu'à la suite d'un coup reçu sur la bouche, il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 500 \$ par accident.

Le traitement doit commencer dans les 90 jours de l'accident et l'assureur paie uniquement pour les soins prodigués dans les deux ans suivant l'accident.

- Sur approbation préalable de l'assureur, les frais relatifs à un chien guide dûment entraîné, pour un assuré atteint de cécité alors qu'il est assuré, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ à vie. Aucune prestation n'est payable lorsque la cécité résulte d'une maladie ou d'un accident pour lesquels la personne a consulté un médecin, reçu des soins ou reçu une prescription pour des médicaments dans les six mois précédant le début de sa protection.
- Frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, de supports et d'appareils orthopédiques, ainsi que les frais de location ou d'achat de béquilles, de cannes ou de marchettes.
- Frais de location ou d'achat d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence du coût usuel d'un fauteuil roulant manuel standard et d'un lit de type hospitalier manuel standard pour patient alité. L'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement.

- **Oxygène** et la location d'appareils en vue de son administration.
- Achat de fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie, ainsi que l'achat de seringues, aiguilles et bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète.
- Frais d'achat d'un C-PAP (incluant les items pertinents suivants : humidificateurs et ventilateurs), sous réserve d'un seul achat par 5 années civiles.

EXCLUSIONS

Aucun assuré n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- soins médicaux ou frais d'hospitalisation qui sont couverts en vertu d'une loi fédérale ou provinciale,
- services, soins ou produits que l'assuré reçoit gratuitement,
- frais qui n'auraient pas été exigés si aucune garantie n'avait existé,
- services, soins ou produits administrés à des fins expérimentales,
- frais pour tous soins, services ou produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les autorités compétentes,
- prothèses et traitements à des fins esthétiques,
- soins de nature préventive,
- services d'un infirmière à domicile lorsqu'elle agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il prodigue des soins autres que des soins infirmiers,
- toute intervention de type planning familial (sauf les stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, que l'infertilité soit ou non considérée comme une maladie,
- frais pour soins dentaires, sauf les traitements prévus suite à un accident,
- frais engagés suite à une maladie ou un accident relevant de la C.S.S.T. ou de la S.A.A.Q., ou de toute autre loi ou de tout régime semblable,

- . frais admissibles qui découlent directement ou indirectement
 - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non,
 - de la guerre, déclarée ou non, de la participation aux forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.
- . tous frais, services, articles ou produits n'apparaissant pas comme admissibles dans la présente brochure,
- . tous les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré,
- . aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable à votre égard si vous commettez ou tentez de commettre tout acte criminel,
- . frais remboursables en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS ou de la GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE décrites dans cette brochure.

DROIT DE TRANSFORMATION

L'adhérent peut, dans les 31 jours qui suivent la fin de son assurance, transformer son assurance santé en un contrat d'assurance santé individuel tel qu'offert par l'assureur en pareil cas. Ce droit s'applique également aux personnes à charge admissibles.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie, à l'égard de vous-même et de vos personnes à charge, prend fin à votre retraite.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- 24 mois après la date de votre décès;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;

GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

Non applicable aux permissionnaires

Cette assurance couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence. L'assurance voyage comprend trois sections :

- A. Assurance médico-hospitalière
- B. Assurance annulation et interruption de voyage
- C. Assurance bagages.

Pour fins de remboursement, les frais admissibles doivent être engagés avec l'autorisation préalable de Canassistance.

Les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime.

DÉFINITION SPÉCIFIQUE

Dans cette garantie, **urgence** ou **situation d'urgence** désigne une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage), l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examen indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou

- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

ASSURANCE MÉDICO-HOSPITALIÈRE

FRAIS ADMISSIBLES

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une **situation d'urgence**, jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ à vie par assuré.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

Hospitalisation et soins médicaux

- Les frais d'hospitalisation, excédant ceux qui sont remboursables par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.), jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation;
- la différence entre les honoraires du médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants manuels standard, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les honoraires pour les services d'un infirmier diplômé (sans lien de parenté avec le patient) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies, lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant;
- les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence;
- les soins dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident, par assuré. Le traitement doit se terminer dans les six mois suivant l'accident;
- les honoraires d'un dentiste pour tout traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 200 \$ par assuré.

Transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :

- le transport par ambulance terrestre ou aérienne vers l'établissement médical adéquat le plus proche, incluant le transfert vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition;
- les frais de rapatriement de l'assuré pour recevoir des soins médicaux immédiats, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance;
- les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu;
- les frais de transport aller-retour, en classe économique, pour un membre de la famille de l'assuré se rendant :
 - à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours, ou
 - identifier la personne décédée, si nécessaire, avant la disposition de la dépouille;
- sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant certifiant l'incapacité à utiliser le véhicule, le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, jusqu'à concurrence de 1 000 \$;
- en cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) ou le coût de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Frais de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsque vous devez reporter votre retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne ou un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ (150 \$ par jour, maximum 20 jours).

Assistance voyage

Le service téléphonique de Canassistance inc. est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Le service Canassistance prend les dispositions nécessaires pour vous fournir les services requis lorsque vous devez consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite;

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié;
- avancer les fonds à l'hôpital, si nécessaire;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin de vous éviter un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement, s'il y a lieu;
- coordonner le retour des enfants à charge, en cas d'hospitalisation du parent;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si vous devez séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour de votre véhicule si une maladie ou un accident vous rend incapable de le faire.

Vous avez également accès aux services suivants :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- services d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat en cas d'accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- information sur les ambassades et les consulats.

Canassistance peut également vous fournir, avant votre départ, des renseignements sur les visas et les vaccins requis.

RESTRICTIONS POUR LA DURÉE DES VOYAGES

Pour les assurés âgés de 65 ans ou plus, les frais décrits dans l'Assurance médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une **situation d'urgence**, survenant dans les premiers **31 jours** d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que ce dernier soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

L'assurance annulation et interruption de voyage rembourse les sommes qui ne sont pas remboursables à la date où l'annulation survient, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré, par événement.

FRAIS COUVERTS - CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION

L'assurance s'applique lorsque vous êtes obligé d'annuler votre départ, d'interrompre ou de prolonger votre voyage par suite :

- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès de votre part ou de celle d'un membre de votre famille, de votre compagnon de voyage ou d'un membre de la famille de votre compagnon de voyage;
- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès d'un associé d'affaires ou d'un employé clé;
- diagnostic de grossesse après la date d'achat du voyage (ou la date du dépôt initial non remboursable), si la date de départ ou de retour se situe dans les huit semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement ;
- de convocation à agir comme juré, mise en quarantaine ou piraterie de l'air;
- d'un sinistre qui rend votre résidence principale inhabitable;
- d'une mutation demandée par votre employeur et nécessitant un déménagement de votre résidence principale;
- d'appel, dans le cas des officiers de police, des pompiers volontaires, des réservistes et des membres des Forces armées (à l'exclusion du service militaire durant une guerre, déclarée ou non ou participation à une force de la paix) ;

- de retard en raison d'une panne mécanique de la voiture, du mauvais temps, d'un accident de la route ou d'un barrage routier ordonné par la police et à la suite duquel l'assuré manque une correspondance ou ne peut poursuivre son voyage selon les arrangements prévus, à condition que la voiture ait été censée arriver au point de correspondance au moins deux heures avant l'heure prévue pour le départ ;
- du décès ou de l'hospitalisation, avant votre départ, de votre hôte à destination;
- d'une assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période de voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la loi;
- de la perte involontaire de l'emploi que vous occupiez depuis plus d'un an;
- d'un événement dans le pays de destination qui incite le gouvernement canadien à recommander à ses citoyens de ne pas voyager dans ce pays. Les arrangements de voyage doivent avoir été pris avant l'émission de la recommandation;
- de l'annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, de l'hospitalisation ou d'une lésion corporelle de la personne avec qui les arrangements avaient été pris;
- du refus de votre demande de visa pour séjourner dans un pays prévu, pourvu que vous ayez été admissible à demander un visa et que le refus ne soit pas motivé par une demande tardive ou le fait que la demande ait été présentée à la suite d'un premier refus.

FRAIS ADMISSIBLES

En cas d'annulation de vacances, le régime rembourse les frais suivants :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
- les frais supplémentaires encourus si vous décidez de poursuivre le voyage lorsque votre compagnon de voyage doit annuler pour l'une des causes d'annulation couvertes, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;
- le coût supplémentaire le plus économique d'un billet de retour par avion, jusqu'à votre point de départ, et la portion inutilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance lorsque survient un des risques d'annulation couverts.

Le régime rembourse également les frais suivants :

- la portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance, si les conditions météorologiques vous empêchent d'effectuer une correspondance avec un autre transporteur pendant un total d'au moins 30 % de la durée du voyage, et si vous décidez de ne pas poursuivre votre voyage;
- le coût supplémentaire le plus économique (avion, train ou autobus) jusqu'au point de destination lorsqu'une correspondance est manquée en raison :
 - d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance;
 - d'un accident de la circulation dans lequel est impliquée votre voiture privée ou celle que vous avez louée, ou le taxi dans lequel vous prenez place;
- le coût supplémentaire du transport le plus économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si, après le départ, vous manquez une partie du voyage en raison de l'une des causes couvertes par l'assurance;
- le coût supplémentaire du billet d'avion (retour simple) le plus économique, lorsque vous devez reporter votre retour en raison d'une maladie ou d'une blessure subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne, ou par un compagnon de voyage.

ASSURANCE BAGAGES

L'assurance bagages couvre la perte ou l'endommagement des bagages appartenant à un assuré, au cours d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$ par voyage, par assuré.

Dans le cas où les bagages enregistrés seraient retardés pendant 12 heures ou plus en cours de route et avant la date de retour, l'assureur remboursera, jusqu'à concurrence de 250 \$, les frais relatifs à des articles de toilette et des vêtements de première nécessité. Une preuve du retard des bagages enregistrés par le transporteur, ainsi que les reçus des achats nécessaires devront accompagner la demande de règlement présentée à l'assureur au retour du voyage.

La présente garantie couvre le remboursement des frais de remplacement de passeport, permis de conduire, visa de voyage, extrait ou acte de naissance, dans le cas où ces documents sont perdus ou volés, sous réserve d'un maximum de 50 \$.

Conditions particulières à cette garantie

- Lorsque la perte résulte d'un vol, d'un cambriolage, de vandalisme ou d'une disparition, l'assuré doit avertir les autorités policières aussitôt qu'il se rend compte de la perte. Le défaut de déclarer la perte aux autorités rend nulle toute demande de règlement faite en vertu des présentes à l'égard de cette perte.
- En cas de perte, l'assuré doit avertir l'assureur aussi rapidement que possible et prendre toutes les précautions raisonnables nécessaires afin de protéger, sauvegarder ou recouvrer ses biens; il doit également avertir rapidement les autorités policières et obtenir de celles-ci une attestation écrite au sujet de la perte; il doit enfin obtenir une attestation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou de l'organisme de transport. Il doit de plus fournir une preuve de la perte ou des dommages et de la valeur des biens concernés, ainsi qu'une déclaration sous serment, et ce, dans les 90 jours suivant la date de la perte. Le défaut de se conformer à ces conditions rend nulles les demandes de règlement en vertu de la présente garantie.
- Si les biens couverts sont consignés auprès d'un transporteur public et que la livraison est retardée après la date de fin de la couverture, la couverture est maintenue en vigueur jusqu'à ce que les biens soient livrés par le transporteur public.
- La responsabilité de l'assureur se limite à la valeur des biens au moment de la perte ou des dommages. L'assureur peut choisir de réparer les biens endommagés ou de remplacer les biens perdus ou endommagés par des biens de même valeur ou de même qualité.
- La présente garantie ne peut profiter, directement ou indirectement, à quelque transporteur ou à quelque caution que ce soit.

EXCLUSIONS

a) Applicable aux sections A et B

Aucun assuré n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale, d'hospitalisation ou de sinistre;
- les frais engagés après le rapatriement pour des raisons médicales;
- les frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération ou à toute activité dangereuse;
- l'abus de médicaments ou consommation de drogues, ou conduite d'un véhicule, d'un aéronef ou d'un bateau alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;

- les frais pour les soins autres que ceux qui sont médicalement requis;
- les honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou qui sont donnés principalement pour le confort du patient;
- Voyage dans tout pays pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lorsque la recommandation a été émise avant que l'assuré ne s'y rende.
- les frais pour des soins esthétiques;
- les frais engagés hors de la province de résidence quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie de l'assuré;
- les frais engagés lorsque le voyage a principalement ou accessoirement pour but la consultation ou le traitement, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas admis par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais admissibles qui découlent des éléments suivants :
 - suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non ;
 - guerre (déclarée ou non), invasion, envahissement, actes ou attaques d'ennemis étrangers, hostilités ou conflits entre nations, guerre civile, guérilla, campagne ou opération militaire, révolte, rébellion, insurrection, émeute, agitation ou soulèvement populaire, désordre public, mutinerie, piraterie, coup d'état, terrorisme, menace de terrorisme, attentats de toute nature, violence dans le but d'atteindre un but politique;
 - commission ou la tentative de commission d'un acte criminel;
- les frais qui sont remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence;
- dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, les frais relatifs à un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause d'annulation, de retour prématuré ou de retour retardé ;
- dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, l'impossibilité d'obtenir le logement désiré, les difficultés financières ou l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

b) Applicable à la section C

Les prestations sont réduites ou non payables dans les cas suivants :

- pertes ou dommages relatifs aux biens suivants : automobiles ou équipements d'automobiles, motocycles, bicyclettes (sauf si enregistrées comme bagage auprès d'un transporteur), bateaux, moteurs ou autres véhicules ou leurs accessoires, meubles ou accessoires d'ameublement, prothèses dentaires, membres artificiels, lunettes, verres de contact, argent liquide, effets de commerce, titres, billets et documents, équipements ou biens professionnels, biens apportés dans le but d'en faire le commerce, antiquités ou objets de collection, effets périssables, cosmétiques, effets personnels, animaux ou tout article ne faisant pas partie des bagages de façon usuelle;
- bris d'articles fragiles ou cassants, sauf en cas de feu ou de vol;
- pertes ou dommages causés par la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public, ou causés en raison d'un transport ou d'un commerce illégal, d'une guerre, d'une manifestation, d'une rébellion ou d'hostilités entre des pays (que la guerre soit déclarée ou non);
- pertes ou dommages causés par l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine, ou pendant un travail ou un traitement effectué sur le bien;
- vol commis dans une voiture, une roulotte, ou un autre véhicule laissé sans surveillance, sauf s'il était fermé à clé ou s'il était muni d'un compartiment fermé à clé et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles);
- le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de **chaque article** faisant partie de vos bagages est de 125 \$.

Aux fins du calcul du maximum, les articles suivants sont regroupés par catégorie et **chaque catégorie est considérée comme étant un seul article** :

- bijoux : bijoux, montres, articles en argent, en or ou en platine;
- fourrure : articles en fourrure ou garnis de fourrure;
- photo : appareils photo et équipements photographiques, appareils vidéo et équipements vidéo ou audio.

De plus, le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de l'ensemble des trois catégories mentionnées ci-dessus est de 250 \$;

- en cas de perte d'un article faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée comme une partie raisonnable et juste de la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance de cet article, et étant entendu qu'une telle perte ne saurait être considérée comme la perte totale de l'ensemble;

- perte ou dommages causés par une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré, de même que l'impossibilité de retrouver l'objet perdu sans que les circonstances de la disparition puissent être expliquées ou permettent raisonnablement de conclure à un vol;
- perte ou dommages à un article expressément assuré en vertu d'un autre contrat au moment où se produit le sinistre.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie, à l'égard de vous-même et de vos personnes à charge, prend fin à votre retraite ou à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 85 ans, selon la première échéance.

La protection prend également fin pour tout assuré le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

LIGNES CANASSISTANCE

En cas d'URGENCE médicale, l'assuré qui est à l'extérieur de sa province de résidence ou son mandataire doit appeler CANASSISTANCE dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

du Canada ou des États-Unis : 1-866-491-7726
d'ailleurs dans le monde : 514-286-7726 (à frais virés)

Pour faciliter la communication, la personne doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle, ainsi que ses numéros de groupe et de certificat.

Si l'assuré ne peut pas appeler à frais virés, la CROIX BLEUE lui remboursera le coût de l'appel.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- 24 mois après la date de votre décès;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Non applicable aux permissionnaires

OBJET DE LA GARANTIE

Si vous ou l'une de vos personnes à charge assurées engagez des frais pour des soins dentaires reconnus, rendus par un chirurgien dentiste ou sous sa surveillance, ou par un denturologiste en ce qui concerne les prothèses amovibles, vous avez droit au remboursement de ces frais selon les modalités de règlement mentionnées au Sommaire des garanties pour chacun des régimes A et B.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Franchise : la franchise est la partie des frais admissibles qui doit être défrayée par l'adhérent d'une part, et par le conjoint (incluant les enfants) d'autre part, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. Elle ne s'applique qu'une fois par année civile et est indiquée au Sommaire des garanties pour chacun des régimes A et B.

Remboursement:

Après application de la franchise, s'il y a lieu, l'assureur rembourse les frais admissibles de chacun des régimes selon les pourcentages mentionnés au Sommaire des garanties et sous réserve des montants indiqués dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes ou dans le Guide des tarifs des denturologistes de la province de résidence de l'assuré (**éditions de l'année courante**).

Le remboursement par assuré, par année civile, est aussi indiqué au Sommaire des garanties dans chacun des régimes A et B.

ÉVALUATION PRÉALABLE

Pour les traitements **excédant 500 \$**, demandez à votre dentiste de remplir la section "pré-évaluation" du formulaire de demande de règlement, que vous faites parvenir à l'assureur. Vous connaîtrez ainsi le montant exact du remboursement.

SOINS PRÉVENTIFS

(Régimes A et B)

Examens et diagnostics

- examen buccal complet (un tous les 2 ans)
- examen de rappel
Régime A : un par période de 12 mois consécutifs
Régime B : deux par période de 12 mois consécutifs
- examen buccal d'urgence
- examen d'un aspect particulier

Radiographies

- intra-orales - périapicales
- intra-orales - occlusales
- intra-orales - interproximales
- extra-orales
- sialographies
- pellicule panoramique (une tous les 2 ans)
- substances radiopaques

Tests et examens de laboratoire

- culture microbiologique
- biopsie des tissus buccaux mous
- biopsie des tissus buccaux durs
- examen cytologique

Services préventifs

- polissage de la partie coronaire des dents
Régime A : un par période de 12 mois consécutifs
Régime B : deux par période de 12 mois consécutifs
- application topique de fluorure
Régime A : un par période de 12 mois consécutifs
Régime B : deux par période de 12 mois consécutifs
- instruction d'hygiène buccale (maximum viager de 2 instructions)
- scellants de puits et fissures (assurés âgés de moins de 18 ans)
- appareils de maintien (assurés âgés de moins de 18 ans)

SOINS DE BASE

(Régimes A et B)

Services de restauration

- restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite
- tenons de rétention
- couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate

Endodontie

- coiffage de pulpe
- pulpotomie
- pulpotomie d'urgence
- traumatisme endodontique
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dents dévitalisées seulement)
- apexification

Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- détartrage
Régime A : un par période de 12 mois consécutifs
Régime B : deux par période de 12 mois consécutifs
- soin des infections aiguës
- désensibilisants (maximum de 3 dents par période de 12 mois consécutifs)
- autres services parodontaires complémentaires
- curetage, incluant l'aplanissement de racines :
code 42000 (première dent) : 1 fois par période de 12 mois consécutifs
code 42001 : maximum de 7 dents par période de 12 mois consécutifs

Ajustement des prothèses amovibles

- ajustements mineurs
- rebasage et regarnissage
- nettoyage et polissage d'une prothèse

Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
- ablation chirurgicale (complexe)
- ablation de tumeurs ou de kystes

Services généraux complémentaires

- anesthésie (en corrélation avec une chirurgie)

Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur

Finition des obturations

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

(Régime B seulement)

Restaurations

- aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
- incrustation
- incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)

Autres services de restauration

- corps coulé
- pivot préfabriqué
- recimentation d'incrustation ou de couronne
- ablation d'incrustation ou de couronne
- Couronne (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, et remplacement d'une couronne en place depuis plus de quatre ans
- Ponts fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force, ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes, selon les conditions suivantes :
 - cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que l'assurance est en vigueur, ou
 - la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
 - la prothèse temporaire est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire.
- Réparations de prothèses (2 par période de 12 mois consécutifs)

SOINS ORTHODONTIQUES

(Régime B seulement)

Les frais raisonnables engagés pour des traitements orthodontiques donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires chez un enfant à charge âgé d'au moins 6 ans mais de moins de 18 ans lorsque le traitement commence.

Surveillance et ajustement

- examen buccal
- modèles de diagnostic non montés
- appareils amovibles pour repositionner les dents
- appareils fixes ou cimentés
- appareils de contrôle des habitudes buccales
- appareils de rétention
- traitement compréhensif majeur.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DE LA GARANTIE

Aucun assuré n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- tout traitement ou appareil relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
- soins dentaires admissibles en vertu de la garantie d'assurance maladie;
- services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise;
- tous frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant de la C.S.S.T. ou de la S.A.A.Q.;

- tentative de suicide ou blessure que l'assuré s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non), ou de la participation à une émeute;
- soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de l'assuré;
- soins ou services reliés aux implants (à l'exception des ponts fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes et des couronnes relis aux implants);
- jumelage pour raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspidés;
- tous frais, services, articles ou produits n'apparaissant pas comme admissibles dans la présente brochure.

Limitation des prestations

Pour une personne à charge dont l'assurance entre en vigueur plus de 31 jours après sa date d'admissibilité à l'assurance, le montant maximum remboursable en vertu de cette garantie pour tous les soins couverts est limité à 100 \$ au cours des douze premiers mois d'assurance pour les soins autres que l'orthodontie, alors que le remboursement des frais relatifs à l'orthodontie est limité à 100 \$ par enfant à charge assuré au cours des 36 mois d'assurance.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie, à l'égard de vous-même et de vos personnes à charge, prend fin à votre retraite.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- 24 mois après la date de votre décès;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

1) **Hospitalisation**

Dans les hôpitaux de court séjour du Québec, il vous suffit de présenter votre certificat d'assurance.

2) **Garantie d'assurance médicaments**

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que votre franchise, s'il y a lieu, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

3) **Garanties d'assurance santé et d'assurance soins dentaires**

Obtenez des reçus détaillés et **joignez les originaux** de ces reçus aux formulaires de "Demande de règlement" obtenus auprès de votre Association ou auprès de l'AQTIS.

La demande de règlement complète doit être reçue par l'assureur dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE LA CROIX BLEUE À L'ADRESSE ET AUX NUMÉROS SUIVANTS :

Croix Bleue Medavie
C.P. 3300, succursale B
Montréal (Québec) H3B 4Y5
1-800-263-2538
514-286-8430

4) **Garantie d'assurance voyage**

L'adhérent doit obtenir des factures détaillées couvrant les services hospitaliers, médicaux ou autres et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis. L'assureur s'occupera de réclamer auprès des régimes d'état concernés la partie des frais qui sont remboursables par ces derniers.

Le cas échéant, l'employé pourra obtenir les formules de demande de règlement auprès de l'assureur à l'adresse suivante :

Croix Bleue
Règlements/Assurance voyage
Case postale 910, Succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K8
Tél. : 514-286-6690

La demande de règlement complète doit être reçue par l'assureur dans les six mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

5) **Garanties d'assurance salaire**

Informez l'AQTIS dès le début de votre invalidité et vous devez être suivi par un médecin selon la fréquence nécessaire à votre invalidité.

AQTIS
1001, boul. De Maisonneuve Est
Bureau 900
Montréal (Québec) H2L 4P9

info@aqtis.qc.ca
Tél. : 514-844-2113
Télééc : 514-844-3540

SOMMAIRE DES GARANTIES POUR LES MEMBRES

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance : 1 fois le revenu moyen, minimum 5 000 \$

Réduction de 50 % à l'âge de 70 ans :

- Minimum 5 000 \$
- Maximum 50 000 \$

Réduction à un montant fixe de 5 000 \$ à l'âge de 75 ans

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

100 000 \$

Fin de la garantie : retraite

GARANTIE D'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 5 000 \$ et plus

Montant d'assurance : 2 fois le revenu moyen,
minimum 5 000 \$ (revenu AQTIS)

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

200 000 \$

Fin de la garantie : l'âge de 70 ans (ou retraite, si antérieure)

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

- Conjoint : 10 000 \$
- Enfant : 5 000 \$

Fin de la garantie : retraite de l'adhérent

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE L'ADHÉRENT

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 5 000 \$ et plus

Délai de carence : 30 jours

Indemnité maximale viagère : 10 000 \$

Fin de la garantie : 65 ans (ou retraite, si antérieure)

18 maladies graves couvertes voir description de la garantie

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 15 500 \$ et plus

Montant d'assurance : 75 % du revenu hebdomadaire établi selon le revenu moyen

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

1 400 \$

Délai de carence

hospitalisation : 14 jours

accident : 14 jours

maladie : 14 jours

Durée maximale 17 semaines

Les prestations sont imposables.

- L'adhérent invalide doit s'adresser à la Commission de l'assurance emploi pour obtenir les prestations auxquelles il a droit et l'assureur lui verse alors une prestation supplémentaire pour combler la différence jusqu'à 75 % (sous réserve du maximum par semaine)

Fin de la garantie : l'âge de 70 ans (ou retraite, si antérieure)

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 20 500 \$ et plus

Montant d'assurance :

Membres :

60 % des premiers 5 000 \$ du revenu mensuel établi selon le revenu moyen, plus 40 % de l'excédent (prestations non imposables)

Membres avec statut « double allégeance » dont une portion de revenu provient d'une production où seule une cotisation de l'employeur est prévue :

70 % du revenu mensuel établi selon le revenu moyen (prestations imposables)

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

10 000 \$

Délai de carence

hospitalisation: 17 semaines

accident : 17 semaines

maladie : 17 semaines

Durée maximale : l'âge de 60 ans

Fin de la garantie : l'âge de 60 ans (ou retraite, si antérieure)

GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 5 000 \$ et plus

Franchise :	aucune
Pourcentage de remboursement :	70 % *
Fin de la garantie	retraite

Toutefois, lorsque dans toute année civile, vous avez déboursé (en coassurance) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour vous-même ou pour vos personnes à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Liste de médicaments de la RAMQ

Carte de médicaments en direct

* Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ

(dans la province de résidence)

FRAIS D'HOSPITALISATION :

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 15 500 \$ et plus

jusqu'à concurrence d'une chambre semi-privée

100 %, aucune franchise

SOINS PROFESSIONNELS DE BASE

Applicable aux membres dont le revenu moyen se situe entre 15 500 \$ et 40 999 \$

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 50 %

SOINS PROFESSIONNELS COMPLÉMENTAIRES

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 41 000 \$ et plus

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 70 %

FRAIS MÉDICAUX :

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 15 500 \$ et plus

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 70 %

Fin de la garantie : retraite

GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 15 500 \$ et plus

Assurance médico-hospitalière

<u>Franchise :</u>	aucune
<u>Pourcentage de remboursement</u>	100 %
<u>Maximum viager par assuré</u>	5 000 000 \$
<u>Restrictions</u>	Seuls les premiers 183 jours du voyage sont couverts. Pour un adhérent ou son conjoint âgé de 65 ans ou plus, seuls les premiers 31 jours du voyage sont couverts*
<u>Assurance annulation et interruption de voyage</u>	5 000 \$ par sinistre, par assuré
<u>Assurance bagages</u>	500 \$ par voyage, par assuré
<u>Fin de la garantie</u>	85 ans (ou retraite, si antérieure)

À noter : Si votre voyage excède la limite de jours couverte en vertu de la présente garantie, nous vous recommandons fortement de souscrire avant votre départ une assurance individuelle d'assurance voyage pour les journées excédentaires qui ne seront pas couvertes en vertu de cette garantie.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

RÉGIME A : protection de base

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 20 500 \$ à 40 999 \$

Franchise: aucune

Pourcentages de remboursement:

SOINS PRÉVENTIFS: 80 %

SOINS DE BASE: 80 %

Maximum global par assuré,
par année civile: 1 500 \$

Guide des tarifs: année courante

Fin de la garantie: retraite

RÉGIME B : protection enrichie

Applicable aux membres dont le revenu moyen est de 41 000 \$ et plus

Franchise: aucune

Pourcentages de remboursement:

SOINS PRÉVENTIFS: 80 %

SOINS DE BASE: 80 %

SOINS MAJEURS 50 %

ORTHODONTIE : 50 %

Maximum

- Orthodontie 2 000 \$ à vie par enfant de moins de 18 ans
- Autres soins :
Maximum global par assuré,
par année civile: 2 000 \$

Guide des tarifs: année courante

Fin de la garantie: retraite

SOMMAIRE DES GARANTIES POUR LES PERMISSIONNAIRES

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Applicable si le revenu moyen est de 10 000 \$ et plus

Montant d'assurance : 1 fois le revenu moyen

Réduction de 50 % à l'âge de 70 ans :

- Minimum 5 000 \$
- Maximum 50 000 \$

Réduction à un montant fixe de 5 000 \$ à l'âge de 75 ans

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

100 000 \$

Fin de la garantie : retraite

GARANTIE D'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

Applicable si le revenu moyen est de 20 500 \$ et plus

Montant d'assurance : 1 fois le revenu moyen,
minimum 20 000 \$ (revenu AQTIS)

Maximum avec ou sans preuve d'assurabilité

100 000 \$

Fin de la garantie : l'âge de 70 ans (ou retraite, si antérieure)

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Applicable si le revenu moyen est de 10 000 \$ et plus

- Conjoint : 10 000 \$

- Enfant : 5 000 \$

Fin de la garantie : retraite de l'adhérent

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE L'ADHÉRENT

Applicable si le revenu moyen est de 20 500 \$ et plus

Délai de carence : 30 jours

Indemnité maximale viagère : 10 000 \$

Fin de la garantie : 65 ans (ou retraite, si antérieure)

18 maladies graves couvertes voir description de la garantie

GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Applicable si le revenu moyen est de 20 500 \$ et plus

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 70 % *

Toutefois, lorsque dans toute année civile, vous avez déboursé (en coassurance) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour vous-même ou pour vos personnes à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Liste de médicaments de la RAMQ

Carte de médicaments en direct

* Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

AVIS IMPORTANT

Les renseignements personnels qui nous seront transmis seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de **Medavie Inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada**.

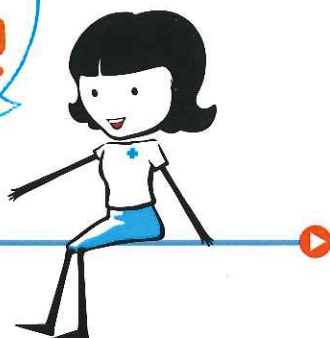
Ces renseignements serviront à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Sur demande écrite et avec un préavis de trente (30) jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la Loi provinciale ou fédérale (selon ce qui applicable dans votre province de résidence), relativement à la protection de la vie privée. Veuillez adresser votre demande à :

Responsable de l'accès à l'information
Medavie Inc. et
la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec)
H3A 6T6

gardons
le
contact!



 medavie.croixbleue.ca

 unpasalafoismedavie.com

 @CBMedavie

 Croix Bleue Medavie

