



Votre régime
d'assurance
collective

**EMPLOYÉS OCCASIONNELS SYNDIQUÉS SCFP
CASINO DE MONTRÉAL, LAC LEAMY et
MONT-TREMBLANT**

Polices n° E683



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

Vie, santé, retraite

Votre régime d'assurance collective

EMPLOYÉS OCCASIONNELS SYNDIQUÉS SCFP CASINO DE MONTRÉAL, LAC LEAMY et MONT-TREMBLANT

Polices n° E683

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 8 janvier 2007. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} janvier 2012. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	1
ASSURANCE VIE DE BASE.....	5
ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT.....	5
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE.....	10
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	11
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	12
LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ	18
ASSURANCE VOYAGE	19
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE.....	24
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	26

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie de base

Capital assuré : 32 000 \$

Cette assurance est réduite de 50 % lorsque l'employé assuré atteint 65 ans, et une nouvelle réduction de 50 % s'applique à la somme assurée lorsqu'il atteint 70 ans.

L'assurance se termine à la date à laquelle l'employé prend sa retraite.

Assurance en cas d'accident

Capital assuré : 32 000 \$

Cette assurance est réduite de 50 % lorsque l'employé assuré atteint 65 ans et une nouvelle réduction de 50 % s'applique à la somme assurée à 65 ans lorsqu'il atteint 70 ans.

L'assurance se termine à la date à laquelle l'employé prend sa retraite.

Assurance salaire de courte durée

Rente hebdomadaire : 66 2/3 % du salaire hebdomadaire au début de l'invalidité totale (Rente maximale : 1 800 \$ par semaine)

Début de la rente en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation : quinzième journée d'invalidité totale

Durée maximale : 26 semaines

Intégration à l'assurance emploi : la durée maximale des prestations inclut les prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi

À cet égard, l'assureur considère que l'employé a droit aux prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi tant qu'il n'a pas fait la preuve qu'il n'y a pas droit.

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 70 ans.

Assurance salaire de longue durée

Rente mensuelle : 66 2/3 % du salaire mensuel au début de l'invalidité totale (Rente maximale : 6 000 \$ par mois)

Début : après la fin des prestations d'assurance salaire de courte durée et des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi

Durée : jusqu'à 65 ans

Cette assurance se termine lorsque l'employé atteint 65 ans.

Assurance accident-maladie

Frais d'hospitalisation :

- Frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée, au Canada dans la province de résidence de l'employé assuré : jusqu'à concurrence du coût d'une hospitalisation en chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.
- Frais d'hospitalisation engagés d'urgence pour des soins de courte durée, au Canada hors de la province de résidence de l'employé assuré : jusqu'à concurrence du coût d'une hospitalisation en chambre semi-privée, mais sans jamais dépasser le double du coût d'une hospitalisation en chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne assurée, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.
- Frais admissibles pour des soins reçus en centre hospitalier au Canada à titre de malade externe : remboursables à 100 % s'ils ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie provincial.
- Frais d'hospitalisation au Canada pour des soins de longue durée en raison de convalescence ou de réadaptation remboursables jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour d'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 45 jours d'hospitalisation par année civile par personne assurée. Il est toutefois entendu que l'entrée à l'hôpital de convalescence doit être précédée d'un séjour d'au moins 5 jours dans un hôpital de courte durée, qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de cet hôpital et que l'hospitalisation ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.

Frais paramédicaux et médicaments :

- Franchise de 25 \$ pour une protection individuelle ou de 50 \$ pour une protection familiale par année civile
- Frais paramédicaux admissibles remboursables à 80 %
- Frais de médicaments admissibles remboursables à 80 % jusqu'au déboursé maximum prévu dans la description de la garantie (750 \$ pour l'employé assuré lui-même et ses personnes à charge) et à 100 % par la suite dans la même année civile

Frais pour soins de la vue : *

- Frais admissibles remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois

* ***Cette garantie ne couvre pas les personnes à charge de l'employé assuré***

Frais d'assurance voyage :

- Frais admissibles remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence d'un montant maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée

Assurance frais dentaires

L'assurance frais dentaires prévoit le remboursement de :

- 100 % des frais raisonnables engagés pour les services de diagnostic et de prévention prévus en a) dans la description de la garantie;
- 80 % des frais raisonnables engagés pour les soins de restauration, d'endodontie, de parodontie et de chirurgie buccale prévus en b) dans la description de la garantie;
- 50 % des frais raisonnables engagés pour les soins prothétiques prévus en c) dans la description de la garantie.

Limite de remboursement :

- 1 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des services prévus en a), b) et c) dans la description de la garantie.

Frais engagés hors du Canada pour des soins dentaires d'urgence, lors d'un voyage n'excédant pas 7 jours consécutifs :

- Sont considérés comme remboursables aux conditions suivantes :
 - Les frais sont raisonnables et correspondent aux honoraires de pratique courante normalement exigés dans la région où les soins sont donnés;
 - Les frais donneraient lieu au versement de prestations aux termes du contrat si le traitement était donné dans la province du domicile de l'adhérent ou, dans le cas où l'adhérent ne réside pas au Canada, dans la province où le contrat a été établi.

Frais raisonnables :

- Les frais raisonnables sont des frais qui n'excèdent pas ceux qui sont prévus au tableau des honoraires pour soins dentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour la période au cours de laquelle les frais sont engagés.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE

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

Sous réserve des dispositions de la loi, l'employé assuré peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

Lorsque l'assurance d'un employé âgé de 65 ans ou moins se termine parce qu'il quitte son emploi, son assurance vie demeure en vigueur gratuitement durant les 31 jours qui suivent. Au cours de cette période de 31 jours, il peut, sans fournir de preuve d'assurabilité, transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, avec ou sans garantie d'assurance en cas d'accident, selon la protection d'assurance collective qu'il détenait. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire.

ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT

L'assurance en cas d'accident prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

- 1) Lorsqu'un employé assuré subit, après le début de son assurance, l'une des pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** ci-dessous, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer en plus de toute autre somme assurée prévue au contrat, un montant égal au pourcentage de la somme assurée prévue au **TABLEAU DES GARANTIES**, tel qu'il est indiqué au **TABLEAU DES PERTES** ci-dessous :

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un oeil	100 %
d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un oeil	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins 4 doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %
quadriplégie	200 %
hémip légie	200 %
paraplégie	200 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %

2) Disparition

Si l'employé assuré, pendant qu'il est couvert par la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, que ledit employé assuré a perdu la vie par suite de dommages corporels causés par l'accident.

3) **Exposition aux éléments**

Si l'employé assuré, pendant qu'il est couvert par la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, la perte est réputée être le résultat d'un accident.

4) **Réadaptation**

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte, autre que la perte de la vie, pour laquelle un certain montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$, pourvu

- a) qu'une telle formation soit rendue nécessaire à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'employé assuré d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité, et
- b) que les frais aient été engagés dans les 2 ans suivant la date de l'accident.

5) **Transport et hébergement à l'égard de la famille immédiate**

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte, autre que la perte de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel et que cet employé assuré soit sous les soins réguliers d'un médecin (à l'exception de lui-même), l'assureur couvre les frais raisonnables d'hôtel et de transport, par la voie la plus directe, engagés par les membres de la famille immédiate de cet employé assuré pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ en vertu de la présente garantie, pour l'ensemble de ces frais.

6) **Rapatriement**

Si l'employé assuré décède par suite d'un accident survenant à au moins 100 kilomètres de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert par la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de l'employé assuré décédé pour l'enterrement ou la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de l'employé assuré au Canada, jusqu'à un maximum de 10 000 \$.

7) **Éducation spéciale**

Si les personnes à charge d'un employé assuré sont couvertes en vertu de la présente garantie à la date à laquelle l'employé assuré décède à la suite d'un accident et si un montant est payable à l'égard de cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert par la présente garantie, qui à la date de l'accident était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite à titre d'étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours qui suivent la date du décès de cet employé assuré.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires engagés aux fins de scolarité et les frais connexes, jusqu'à concurrence de 2 % du montant pour lequel l'employé assuré était couvert par la présente garantie à la date de son décès et un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année, jusqu'à concurrence de 4 années au total, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit ses études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

8) **Formation du conjoint**

Si le conjoint d'un employé assuré est couvert par la présente garantie à la date à laquelle l'employé assuré décède à la suite d'un accident et si un montant est payable à l'égard de cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais raisonnables et nécessaires qui ont été réellement engagés par ledit conjoint qui participe à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, à condition que

- a) le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- b) que ces frais soient engagés dans les 2 ans qui suivent la date de l'accident.

9) Ceinture de sécurité

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES**, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- a) que la perte survienne lorsque l'employé assuré est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- b) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée;
- c) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

10) Transformation d'un logement ou d'un véhicule

Si l'employé assuré, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et s'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement dudit pourcentage du montant d'assurance) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

- a) les frais initiaux de transformation du logement de l'employé assuré pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;
- b) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'employé assuré, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes a) et b) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour l'ensemble de ces frais.

La présente garantie ne s'applique que si :

- a) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;

- b) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'employé assuré.

Lorsqu'un employé assuré subit plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie est limitée à la somme indiquée au **TABLEAU DES GARANTIES**.

En cas de décès accidentel, cette assurance est payable en supplément de l'assurance vie de base.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Lorsqu'un employé assuré de moins de 70 ans devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/7 par jour d'invalidité.

Aucune rente ne peut se poursuivre après la plus tardive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé atteint l'âge de 70 ans;
- b) la date à laquelle l'employé a reçu au moins 15 semaines d'indemnités au total.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un employé assuré de moins de 64 ans et 26 semaines devient totalement invalide, il a droit au paiement d'une rente mensuelle s'il demeure invalide après une certaine période, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

La rente est diminuée des rentes initiales payables en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé. Elle est également réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 80 % du salaire mensuel brut de l'employé assuré au début de son invalidité totale si la rente est imposable ou 80 % du salaire mensuel net de l'employé assuré au début de son invalidité totale si la rente n'est pas imposable.

Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- a) tout paiement en vertu d'une politique de congés de maladie;
- b) toute rente payable par une régie ou un organisme gouvernemental;
- c) toute rente d'invalidité payable en vertu d'un contrat collectif d'assurance en cas d'accident ou de maladie;
- d) toute rente payable en vertu d'un régime collectif de retraite qui prévoit une rente en cas d'invalidité totale.

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

Aucune rente n'est payable après la date à laquelle l'employé atteint l'âge de 65 ans.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Frais hospitaliers

En cas d'hospitalisation au Canada, d'un employé assuré ou d'une personne à charge assurée, l'assureur rembourse les frais hospitaliers engagés selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

Frais paramédicaux et médicaments

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

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

- a) Les services et articles énumérés de a) à k) inclusivement doivent être recommandés par le médecin traitant sinon les frais ne sont pas remboursés.
- b) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'employé ou des personnes à sa charge.
- c) Les frais qui sont engagés pour des prothèses, orthèses ou chaussures ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique.
- d) Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus, sauf pour ce qui est de la partie de l'assurance des médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

- e) Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'employé assuré engage pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est de 750 \$ à l'égard de la franchise et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES

- a) Les services à domicile d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés ou auxiliaires, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 10 000 \$ par année civile, par personne assurée. Il est entendu que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.
- b) Les services suivants, à condition qu'ils soient rendus sous la surveillance d'un médecin :
- i) techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X, aux ultra-sons et par résonance magnétique) et analyses de laboratoire, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais remboursables par année civile par personne assurée;
 - ii) oxygène et location de l'équipement servant à l'administrer;
 - iii) sang, plasma sanguin et transfusions.
- c) L'achat de membres ou d'yeux artificiels y compris leur remplacement pour des raisons d'ordre médical, pour une perte survenue en cours d'assurance étant entendu que les appareils myoélectriques et les prothèses capillaires sont exclus.
- d) L'achat initial d'orthèses podiatriques effectué dans un centre spécialisé reconnu ainsi que l'achat, sur recommandation médicale, de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg).
- e) L'achat ou la location d'appareils orthopédiques, de pansements, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires ou de corsets.

- f) L'achat de chaussures orthopédiques prescrites, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 paires ou de 100 \$ de frais remboursables par période de 12 mois par personne assurée; étant entendu que le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées ainsi que les chaussures profondes sont également admissibles.
- g) L'achat initial d'un appareil auditif, nécessaire à la suite d'un accident et prescrit par un oto-rhino-laryngologiste.
- h) L'achat ou la location (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant conventionnel, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier.
- i) Les services d'un diététiste, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par année civile par personne assurée, à condition que les traitements relèvent de la spécialité de ce professionnel et qu'il soit membre en règle de son association professionnelle.
- j) Les frais pour produits anesthésiques.
- k) Les services d'une ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour). Le transport aérien, maritime ou par train n'est couvert qu'en cas d'urgence pour une personne qu'on ne peut transporter autrement.
- l) Les services professionnels d'un chirurgien dentiste, pour réparer une mâchoire fracturée et des dommages accidentels à des dents naturelles, dommages subis après le début de l'assurance, à condition que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident.
- m) Les services d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un massothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthophoniste, d'un ostéopathe ou d'un podiatre, à condition que les traitements relèvent de la spécialité de ces professionnels et qu'ils soient membres en règle de leur association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes, incluant les examens aux rayons X qui sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 35 \$ par année civile par personne assurée.

Les services d'un massothérapeute nécessitent une recommandation médicale.

- n) Les services d'un physiothérapeute ou d'un psychologue, membre en règle de son association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par année civile, par personne assurée, pour chacun de ces spécialistes, incluant les examens aux rayons X qui sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 35 \$ par année civile par personne assurée.
- o) Pour les personnes de moins de 65 ans, les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments couvrirait à leur égard si elles n'étaient pas assurées en vertu d'un contrat collectif. Les personnes qui désirent que l'assurance prévue par le présent sous-paragraphe soit maintenue à leur égard après leur 65^e anniversaire de naissance doivent au préalable en faire la demande par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour les assurer. S'il s'agit de maintenir l'assurance du conjoint, l'avis de l'employé doit aussi être accompagné de l'autorisation du conjoint. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la police si l'employé ne le demeure pas lui-même.
- p) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont débités par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, étant entendu que les shampoings et les produits pour la pousse des cheveux ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments.

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

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

- r) Les sérums et injections ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et donnés par un médecin ou par une infirmière ou un infirmier, incluant les injections sclérosantes à des fins médicales mais excluant les frais relatifs à l'administration du produit.
- s) Les contraceptifs oraux obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
- t) Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence de 80 \$ de frais admissibles par année par personne assurée.
- u) Les frais engagés pour l'achat de fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, une iléostomie ou une urostomie.
- v) L'insuline y compris les aiguilles, les seringues et les bâtonnets réactifs, les frais engagés pour l'achat de bâtonnets étant toutefois limités aux tarifs de l'association « Les Diabétiques du Québec ».
- w) L'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réflexomètre), jusqu'à concurrence d'un remboursement de 250 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

Frais pour soins de la vue

Lorsqu'un employé assuré engage pour lui-même des frais pour soins de la vue, il a droit au remboursement de 100 % des frais engagés, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble des services suivants :

- a) les frais pour examen de la vue effectué par un optométriste ou par un ophtalmologiste;
- b) l'achat de verres de lunettes, de montures de lunettes ou de lentilles cornéennes, y compris les lentilles teintées et antisolaires ainsi que les réparations ou le remplacement de celles-ci lorsque brisées. Les articles doivent être fournis par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisés.

- c) les frais relatifs à une chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme;
- d) l'achat de cristallin implanté chirurgicalement en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

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

- la santé
- la diététique
- la mise en forme
- la vaccination
- le mode de vie
- la puériculture
- la disponibilité des ressources locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

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

Le service Info Accès-Santé est offert par l'entremise de Sigma Assistel.

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

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-2632
Ailleurs au Canada	1 877 875-2632

ASSURANCE VOYAGE

Frais d'assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée est couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation doit engager d'urgence des frais en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assurance voyage permet à l'assureur de rembourser à l'adhérent les frais qu'il engage à cet égard, dans la mesure où ces frais sont couverts en vertu du présent article et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance et selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

FRAIS ADMISSIBLES D'ASSURANCE VOYAGE

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

1. Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée, étant entendu que la personne doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec la firme d'assistance-voyage, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé; toutefois, lorsque les frais hospitaliers sont engagés au Canada, ceux-ci sont limités au maximum prévu à sous « Frais hospitaliers » de la section ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE de la présente brochure;
2. les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste;
3. les soins privés dispensés par un infirmier, lorsque prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAN; le tarif ne doit pas excéder ce qui aurait normalement été exigé pour le même service dans la province de résidence de la personne assurée.

b) Frais de transport

1. Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance-voyage;
2. les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du paragraphe précédent) de tout membre de la proche famille qui est également assuré en vertu de la police d'assurance accident-maladie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage;
3. le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par la firme d'assistance-voyage;
4. le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille ayant 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par la firme d'assistance-voyage;

5. les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; le remboursement maximal est de 750 \$ CAN par employé assuré; par «véhicule» on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
6. en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage), à condition qu'aucun membre de la proche famille ayant 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
7. en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.

c) Frais de subsistance

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa proche famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 100 \$ CAN par jour par employé assuré, pendant un maximum de 7 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

d) Frais d'appels interurbains

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la proche famille si la personne assurée est hospitalisée, pourvu que les frais de transport pour visiter la personne assurée ne soient pas utilisés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa proche famille ayant 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN par hospitalisation.

LE SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE

La firme d'assistance-voyage prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) référence à des médecins ou à des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin le prescrit;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) référence à des avocats si des problèmes juridiques surviennent.

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

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

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

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Lorsqu'un employé assuré doit engager des frais pour soins dentaires pour lui-même, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés pour tout service prévu par l'assurance, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**, sous réserve des limites de remboursement et selon ce qui est indiqué ci-après.

a) Les services de diagnostic et de prévention remboursés à 100 %

- i) Examen buccal clinique
 - deux fois par année civile
 - une fois tous les 24 moisExamen pour enfant de moins de 10 ans
 - un examen par période de 12 mois
- ii) Radiographie
 - deux fois par année civile
 - une fois tous les 24 mois
- iii) Test, examen de laboratoire et biopsie
- iv) Mode de diagnostic
- v) Service de prévention
 - deux fois par année civile
 - une fois tous les 24 mois

b) Les soins de restauration, d'endodontie, de parodontie et de chirurgie buccale remboursés à 80 %

- i) Restauration
- ii) Endodontie
- iii) Parodontie
 - une fois tous les 24 mois
 - quatre fois tous les 12 mois
- iv) Chirurgie buccale

c) Les soins prothétiques remboursés à 50 %

- i) Prothèse amovible
- ii) Prothèse fixe

NOTE : L'achat initial de prothèses ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la police.

Le remplacement de ces prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse. Cette limite de 5 ans ne s'applique toutefois pas au remplacement de prothèses temporaires qui ont été mises en bouche moins de 12 mois auparavant.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ADMISSIBILITÉ

- 1) Tout employé devient admissible à l'assurance à la date de la facturation qui suit la date à laquelle le dernier employé d'un groupe de 5 employés ou plus a accumulé 800 heures en temps travaillé.
- 2) Pour être admissible à l'assurance salaire de longue durée, un employé doit être âgé de moins de 64 ans et 6 mois.
- 3) Les personnes à charge d'un employé sont admissibles, soit à la même date que l'employé si elles sont déjà des personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.

PERSONNES À CHARGE (Définitions)

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

- a) est légalement marié ou unie civilement à l'employé;
- b) vit conjugalement avec l'employé depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit conjugalement avec l'employé et a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

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

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

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un employé.

Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'employé ou le conjoint de l'employé exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'employé ou le conjoint de l'employé exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) est majeure, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes a) ou b) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Tout employé admissible doit transmettre à l'assureur une demande d'adhésion au cours des 60 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible. Les mêmes conditions s'appliquent aux personnes à charge.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la date à laquelle il y devient admissible.

L'assurance de toute personne à charge admissible entre en vigueur, si elle n'est pas alors hospitalisée, à la date à laquelle l'employé admissible remplit la demande d'assurance des personnes à charge.

Si l'employé n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions. De même, si une personne à charge est hospitalisée le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, elle ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'employé assuré. Le début de l'assurance des médicaments ne peut toutefois pas être retardé parce que la personne à charge est hospitalisée.

FIN DE L'ASSURANCE

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

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet employé ou pour cette personne à charge;
- c) la date à laquelle l'employé quitte son emploi;
- d) la date à laquelle l'assurance doit prendre fin pour la garantie concernée, selon ce qui est prévu au **TABLEAU DES GARANTIES**;
- e) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

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

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

INVALIDITÉ TOTALE

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'employé assuré d'accomplir les tâches normales de sa fonction et exige des soins médicaux continus, et qui, s'il persiste plus de 24 mois sans nécessairement exiger des soins médicaux continus, empêche alors complètement l'employé assuré d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir. Lorsque des soins médicaux sont nécessaires et qu'ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ils doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle.

Des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule période d'invalidité, en autant qu'elles résultent de mêmes causes et qu'elles soient séparées par des intervalles de moins de 15 jours consécutifs en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée ou de moins de 90 jours consécutifs en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée, période pendant laquelle l'employé assuré n'a pas été totalement invalide.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un employé assuré devient totalement invalide avant l'âge de 65 ans, ses garanties d'assurance vie, d'assurance en cas d'accident, d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter du premier jour du mois qui suit la date prévue pour le paiement des indemnités d'assurance salaire de longue durée et aussi longtemps que dure cette invalidité totale par la suite, sans toutefois dépasser la date à laquelle il atteint 65 ans.

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

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Les garanties d'assurance faisant partie du régime décrit dans le présent document comportent les exclusions, restrictions et limitations suivantes.

Assurance en cas d'accident

- 1) L'assureur ne verse pas la somme assurée en cas d'accident si l'employé assuré subit une des pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** :
 - a) à la suite d'un suicide ou de dommages corporels que l'employé assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) à la suite d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;
 - d) à la suite d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - e) lors d'un voyage ou d'un vol dans un aéronef, sauf si l'employé assuré voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
 - f) suite à une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.
- 2) L'assureur ne paie pas la somme assurée en cas d'accident si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'employé assuré conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède alors la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada.

- 3) En vertu des dispositions relatives à la **RÉADAPTATION, à L'ÉDUCATION SPÉCIALE et à la FORMATION DU CONJOINT**, aucun remboursement n'est effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
- 4) L'employé assuré qui subit, dans le même accident, plusieurs des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES** ne peut prétendre qu'aux prestations prévues pour la plus importante de celles-ci. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les prestations payables ne peuvent dépasser la totalité de la somme assurée payable mentionnée au **TABLEAU DES GARANTIES**, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels les prestations payables ne peuvent dépasser 200 % de la somme assurée payable mentionnée au **TABLEAU DES GARANTIES**.
- 5) Pour que l'employé assuré ait droit au montant additionnel en cas d'accident d'automobile, ainsi qu'il est indiqué à la partie **CEINTURE DE SÉCURITÉ**, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un médecin et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

Assurance salaire de courte durée

L'assureur ne verse aucune indemnité

- 1) Pour des invalidités totales survenues :
 - a) par suite d'automutilation volontaire, que l'employé assuré soit sain d'esprit ou non;
 - b) par suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute, sauf si l'employé agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;
 - c) par suite de la participation de l'employé assuré à un crime ou à un attentat quelconque, sauf si l'employé agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;

- d) par suite d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation;
 - e) pendant que l'employé assuré est en service actif dans les forces armées;
 - f) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions de la police.
- 2) Si l'employé assuré n'est pas sous les soins continus d'un médecin.
 - 3) Si l'employé exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation.
 - 4) Pendant toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'employé assuré reçoit son salaire en tout ou en partie.
 - 5) Pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'employé assuré reçoit le paiement de congés de maladie.
 - 6) Lorsqu'une indemnité est payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou d'une loi similaire.
 - 7) Lorsqu'une indemnité est payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, sauf pour la partie du salaire qui excède le salaire maximal admissible à cette loi.
 - 8) Au cours de la portion « congé volontaire » d'un congé de maternité.
 - 9) Au cours d'un congé parental ou familial.
 - 10) Au cours d'une période pour laquelle l'employé assuré reçoit des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance emploi.

Assurance salaire de longue durée

L'assureur ne verse aucune indemnité

- 1) Pour des invalidités totales survenues :
 - a) par suite d'automutilation volontaire, que l'employé assuré soit sain d'esprit ou non;

- b) par suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute, sauf si l'employé agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;
 - c) par suite de la participation de l'employé assuré à un crime ou à un attentat quelconque, sauf si l'employé agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;
 - d) par suite d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation;
 - e) pendant que l'employé assuré est en service actif dans les forces armées;
 - f) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions de la police.
- 2) Si l'employé assuré n'est pas sous les soins d'un médecin.
 - 3) Si l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation.
 - 4) Au cours de la portion « congé volontaire » d'un congé de maternité.
 - 5) Au cours d'un congé parental ou familial.

Assurance accident-maladie

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) à la suite d'automutilation volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- 2) à la suite d'une guerre, d'une insurrection, d'une émeute ou d'une participation à un crime ou à un attentat quelconque, sauf si la personne assurée agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;
- 3) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- 4) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;

- 5) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside l'employé assuré ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- 6) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 7) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus dans la description de la garantie;
- 8) pour des produits anticonceptionnels, sauf ceux qui sont prévus dans la description de la garantie;
- 9) pour des opérations ou des traitements expérimentaux ou esthétiques ou à but autre que curatif;
- 10) pour des médicaments et des produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les médicaments et produits antitabac ne sont pas couverts;
- 11) pour l'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs et les frais engagés pour des traitements contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison d'ordre médical;
- 12) pour tous les soins et traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- 13) pour l'achat ou la location d'appareils de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical tels que bains tourbillons, purificateurs d'air, humidificateurs, climatisateur, etc.;
- 15) pour des lunettes de soleil ou pour des lunettes de protection;
- 16) pour les frais de remplacement de lunettes perdues, égarées ou volées;
- 17) pour des produits nécessaires au soin et au port des lentilles cornéennes ou tout autre produit en vente libre pour les soins de la vue;

- 18) pour les frais engagés suite à une blessure subie dans l'exercice d'une activité rétribuée ou lucrative pour le compte d'une autre personne que l'employeur;
- 19) pour des produits et des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- 20) qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance-médicaments pour les personnes qui sont assurées par le régime en question.

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

Assurance voyage

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

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

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- 3) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une situation urgente résultant d'une maladie subite ou d'un accident;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance.

Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées à un remboursement viager global indiqué au **TABLEAU DES GARANTIES**.

Assurance frais dentaires

L'assurance en vertu de cette police ne s'applique pas aux frais :

- 1) que la personne assurée engage pour des dommages subis par suite de son fait intentionnel, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 2) que la personne assurée engage pour des dommages subis par suite d'une guerre, d'une insurrection, d'une émeute ou de sa participation à un crime ou à un attentat quelconque, sauf si elle agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi ;
- 3) que la personne assurée engage pour des dommages subis pendant qu'elle est en service actif dans les forces armées;
- 4) que la personne assurée n'est pas tenu de payer ou pour lesquels un paiement aux fins de dédommagement est reçu par suite d'une décision de la Cour ou d'un règlement;
- 5) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- 6) qui sont payés ou couverts en vertu d'une loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside l'adhérent ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- 7) qui sont remboursables en vertu d'un autre régime d'assurance collective;
- 8) qui sont à la charge d'un tiers-responsable, sauf en cas de subrogation;
- 9) qui sont en excédent des frais raisonnables exigés pour les soins et les articles courants les moins coûteux, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire;
- 10) engagés pour le remplacement de prothèses perdues ou volées ou pour le double d'une prothèse ou de tout autre appareil;
- 11) engagés pour les analyses de diète, les recommandations et les conseils d'hygiène buccale;

- 12) engagés pour les honoraires d'un chirurgien dentiste relativement à un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou à un formulaire rempli à la demande de l'assureur;
- 13) pour des soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques et pour des services dispensés à titre expérimental;
- 14) pour des soins et des articles relatifs à la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou de l'occlusion, à la rectification de la dimension verticale et à la restauration buccale;
- 15) pour l'implantologie et les services spéciaux s'y rattachant, y compris les attaches de précision et les stress-breakers;
- 16) pour le jumelage périodentaire lorsque des couronnes coulées, des recouvrements ou des incrustations sont utilisés à cette fin;
- 17) pour la mise en bouche ou pour le remplacement de ponts fixes ou de dentiers amovibles partiels ou complets pour remplacer des dents extraites avant que la personne ne devienne assurée en raison de la présente couverture à moins que :
 - a) le dentier amovible partiel ou complet ou le pont fixe ne comprenne également le remplacement d'une dent naturelle alors que la personne était une personne couverte et que la dent extraite ne servait pas de pilier à un dentier partiel ou à un pont fixe mis en bouche au cours des 5 années précédentes;
 - b) l'appareil actuel n'ait été mis en bouche au moins 5 ans auparavant et qu'il ne puisse plus servir;
 - c) l'appareil déjà en bouche ne soit temporaire et qu'il ne soit remplacé par un pont ou un dentier permanent dans les 12 mois qui suivent la date de la mise en bouche de l'appareil temporaire.
- 18) pour la modification ou le remplacement de dentiers amovibles, de ponts fixes, de couronnes, de recouvrements ou d'incrustations si ces actes sont exécutés dans les 5 ans qui suivent la date de la mise en bouche;
- 19) pour des ponts fixes destinés à remplacer des dentiers amovibles à moins que seuls les ponts fixes ne donnent des résultats professionnellement satisfaisants et que les ponts fixes soient considérés comme des services dentaires couverts;

- 20) pour des soins et des articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, par exemple, un protège-dents;
- 21) pour des soins se rapportant principalement à un traitement d'orthodontie;
- 22) pour l'aurification.

Autres garanties

Les autres garanties faisant partie du régime décrit dans le présent document ne comportent pas d'exclusions, limitations ou restrictions qui leur sont particulières.

Limitations générales

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

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

DEMANDE DE PRESTATIONS

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

En cas d'invalidité, de décès ou de mutilation

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

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

En cas de frais d'accident-maladie

L'assureur recommande à l'employé assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, l'employé devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

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

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement, l'assureur recommande à l'employé d'inscrire immédiatement sur son reçu le nom du médicament et le nom de la personne à qui le médicament est destiné. Ces noms figurent sur le contenant que le pharmacien remet à la personne assurée. De cette façon, il est plus facile de remplir le formulaire approprié au moment où l'employé désire soumettre sa demande de prestations à l'assureur.

En cas de frais de frais dentaires

Pour le remboursement de frais dentaires, la personne assurée doit présenter la carte de paiement au dentiste participant. Un simple appel téléphonique permet au dentiste de valider la carte de paiement, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur lui paiera directement et celui que la personne assurée doit déboursier. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations au fournisseur de la carte de paiement et en remet une copie à la personne assurée, qui débourse uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

Si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste de valider l'admissibilité de la personne assurée, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que la personne assurée devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne assurée.

Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus et l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur. Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

L'assureur se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques périodontiques et des modèles d'étude.

| VANCOUVER

| CALGARY

| WINNIPEG

| TORONTO

| OTTAWA

| MONTRÉAL

| QUÉBEC

| HALFAX

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Sécurité financière place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

www.dsf.ca