

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**  
**SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)**

**AVENANT N° 4**

**à la police d'assurance santé n° 5185**

L'article 10. PRESTATIONS est modifié comme suit –

1. le paragraphe 2) **Frais hospitaliers au Québec (Régimes de base et élargi)** est remplacé par le suivant :

**2) Frais hospitaliers au Québec (Régimes de base et élargi)**

Lorsqu'un adhérent engage des frais hospitaliers au Québec, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement de ses frais selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation, quel que soit le nombre de jours.

À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée doit être couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou avoir présenté sa demande et être en attente de sa couverture auprès de cet organisme. Si la demande de couverture n'a pas encore été présentée auprès de la Régie, cette disposition entrera en vigueur à partir du moment où la demande aura été présentée.

2. au paragraphe 4), dans le **TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES**

A) le sous-paragraphe a) est remplacé par le suivant :

- a) La chambre ou pension dans tout centre hospitalier à l'extérieur du Québec, sans limite quant à l'allocation pour chaque jour d'hospitalisation ni quant à la durée de cette hospitalisation.

À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée doit être couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.



## AVENANT N° 4

### à la police d'assurance santé n° 5185 (suite)

B) le sous-paragraphe j) est annulé; le sous-paragraphe k) est maintenant le sous-paragraphe j) et est remplacé par le suivant :

- j) Lorsqu'un adhérent non couvert par le Régime d'assurance-maladie du Québec engage des frais médicaux au Québec, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, les frais admissibles comprennent les frais normalement payables par le régime gouvernemental en question, jusqu'à concurrence du montant prévu par ledit régime, en plus de tout autre montant prévu au présent contrat. Les frais admissibles engagés en cas d'urgence sont remboursés à 100 %, et les autres frais, à 80 %.

À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée doit avoir présenté sa demande et être en attente de sa couverture auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Si la demande de couverture n'a pas encore été présentée auprès de la Régie, cette disposition entrera en vigueur à partir du moment où la demande aura été présentée.

À la suite de ces modifications, les pages suivantes de la police sont remplacées :

#### **Pages annulées**

Page 15  
Pages 18 à 40

#### **Pages de remplacement**

Page 15  
Pages 18 à 39



AVENANT N° 4

à la police d'assurance santé n° 5185  
(suite)

Cet avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment signé par les mandataires autorisés à cette fin par l'assureur,

à Montréal, ce 3<sup>e</sup> jour de mai 2007



Richard Fortier

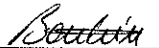
Président et chef de l'exploitation  
de Desjardins Sécurité financière,  
compagnie d'assurance vie



Alain Thauvette

Premier vice-président, Assurance  
pour les groupes et les entreprises  
Desjardins Sécurité financière,  
compagnie d'assurance vie

Contresigné par

  
pour l'assureur

Le Preneur accepte le présent avenant.

EN FOI DE QUOI, le mandataire autorisé à cette fin par le Preneur appose sa signature,

à Québec, ce 14<sup>e</sup> jour de mai 2007

  
Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval  
(SPUL)

Police d'assurance collective n° 5185  
Assurance santé  
Avenant n° 4



**Desjardins**  
Sécurité financière

<b>Tableau B : Pourcentage de remboursement</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais d'assurance soins dentaires</b>	Ne s'applique pas	80 % de l'ensemble des frais admissibles, à l'exception des frais engagés pour des couronnes, des incrustations, des ponts fixes, des restaurations en or et des traitements d'orthodontie qui sont remboursables à 50 % au lieu de 80 %
<b>Frais d'assurance voyage</b>	100 %	100 %
<b>Frais d'assurance annulation de voyage</b>	100 %	100 %

## 2) Frais hospitaliers au Québec (Régimes de base et élargi)

Lorsqu'un adhérent engage des frais hospitaliers au Québec, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement de ses frais selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation, quel que soit le nombre de jours.

## 3) Frais de médicaments (Régimes de base et élargi)

Lorsqu'un adhérent engage des frais de médicaments admissibles pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, l'assureur rembourse ces frais selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article et selon ce qui est indiqué ci-après :

- a) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à sa charge

## TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

- a) La chambre ou pension dans tout centre hospitalier à l'extérieur du Québec, sans limite quant à l'allocation pour chaque jour d'hospitalisation ni quant à la durée de cette hospitalisation.

**À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée non couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec doit avoir présenté sa demande de couverture auprès de cet organisme. Si la demande n'a pas encore été présentée auprès de la Régie, cette disposition entrera en vigueur à partir du moment où la demande aura été présentée.<sup>1</sup>**

- b) Les services professionnels d'un infirmier ou d'une infirmière licencié pour des soins à domicile.
- c) Les services énumérés ci-après :
- i) Les services diagnostiques suivants, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital :
- **frais d'analyse de laboratoire** : ces frais sont limités à un maximum de frais admissibles de 250 \$ par année civile pour l'adhérent ou l'adhérente et l'ensemble de ses personnes à charge assurées;
  - **techniques d'imagerie** (incluant les examens aux rayons x, aux ultrasons [échographies] et par résonance magnétique) : ces frais sont remboursés à 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 750 \$ par année civile par personne assurée;
- ii) traitements au radium ou aux rayons-x;
- iii) oxygène et location de l'appareil servant à l'administrer;
- iv) sang, plasma sanguin et transfusions.
- d) L'achat ou la location de béquilles, d'attelles, de plâtres ou de bandes herniaires, ainsi que la location d'un fauteuil roulant conventionnel, d'un respirateur ou d'un lit d'hôpital.
- e) La chirurgie plastique pour fins esthétiques, si elle est rendue nécessaire par suite d'un accident survenant lorsque la personne est couverte par la présente police.
- f) Les frais engagés pour l'achat de fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, une iléostomie ou une urostomie.

---

<sup>1</sup> Modifié le 1<sup>er</sup> octobre 2006 (Avenant n° 3)



- g) Les services de physiothérapie.
- h) Les frais de transport en ambulance (aller et retour), y compris le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances) ou par train, en cas d'urgence.
- i) Lorsqu'un adhérent couvert par le Régime d'assurance-maladie du Québec engage des frais à l'extérieur du Québec pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées et que ces frais sont engagés pour les services professionnels de tout médecin, anesthésiste ou chirurgien, les frais admissibles comprennent les frais ainsi engagés, jusqu'à concurrence du montant remboursable d'après la Loi de l'assurance-maladie du Québec.
- j) Lorsqu'un adhérent non couvert par le Régime d'assurance-maladie du Québec engage des frais à l'extérieur du Québec pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées et que ces frais sont engagés pour les services professionnels de tout médecin, anesthésiste ou chirurgien, les frais admissibles comprennent les frais ainsi engagés, jusqu'à concurrence de deux fois le montant qui aurait été remboursable en vertu de la Loi de l'assurance-maladie du Québec pour un adhérent régi par cette loi.

**À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée doit avoir présenté sa demande de couverture auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Si la demande n'a pas encore été présentée auprès de la Régie, cette disposition entrera en vigueur à partir du moment où la demande aura été présentée.<sup>1</sup>**

- k) Lorsqu'un adhérent non couvert par le Régime d'assurance-maladie du Québec engage des frais médicaux au Québec, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, les frais admissibles comprennent les frais normalement payables par le régime gouvernemental en question, jusqu'à concurrence du montant prévu par ledit régime, en plus de tout autre montant prévu au présent contrat. Les frais admissibles engagés en cas d'urgence sont remboursés à 100 %, et les autres frais, à 80 %.

**À noter que pour bénéficier de cette couverture, la personne assurée doit avoir présenté sa demande de couverture auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Si la demande n'a pas encore été présentée auprès de la Régie, cette disposition entrera en vigueur à partir du moment où la demande aura été présentée.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Modifié le 1<sup>er</sup> octobre 2006 (Avenant n° 3)

## 5) Frais paramédicaux et autres frais (Régime élargi seulement)

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour les fournitures ou services admissibles décrits ci-après, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article et selon ce qui est indiqué ci-après :

- a) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à sa charge.
- b) Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

### TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

- a) Les services d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un acupuncteur, d'un homéopathe, d'un diététiste ou d'un ergothérapeute, à raison d'un remboursement maximal de 750 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle.
- b) Les examens aux rayons-x par un chiropraticien, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 50 \$ par année civile par personne assurée.
- c) Les services d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un psychanalyste, à raison d'un remboursement maximal de 60 \$ par visite et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle. En outre, pour être admissibles, les frais de psychanalyste doivent être l'objet d'une recommandation médicale et les frais de chacun des spécialistes mentionnés ci-dessus ne doivent pas être remboursables dans la cadre d'un programme gouvernemental.
- d) Sur recommandation médicale, les services d'un orthophoniste ou d'un audiologiste, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par spécialiste par année civile par personne assurée, à condition que les traitements relèvent de leur spécialité et que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle.
- e) Les services de thérapie dans une clinique privée reconnue pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 250 \$ par semaine et de 4 semaines par thérapie, maximum de 2 cures thérapeutiques par période de 60 mois consécutifs. Seul l'adhérent est admissible à ce remboursement.

- f) Les frais d'achat d'orthèses podiatriques et de chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 200 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne. De plus, les orthèses et les chaussures orthopédiques doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible. Les chaussures profondes, les chaussures normales faisant partie de l'inventaire ainsi que les semelles de type orthodynamique sont exclues.
- g) La location, l'achat ou la réparation d'un appareil auditif, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par période de 36 mois consécutifs. Les frais engagés pour les piles ne sont pas admissibles.
- h) Sur recommandation médicale, l'achat d'un appareil diagnostique, tel glucomètre ou dextromètre et la mallette permettant de le transporter, servant à mesurer la concentration du sucre dans le sang, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 200 \$ par appareil. Les frais admissibles à cet égard sont limités à un appareil diagnostique par personne assurée par période de 5 années consécutives et l'appareil doit être prescrit à un diabétique insulino-dépendant. Le coût des fournitures nécessaires au fonctionnement de l'appareil est admissible, qu'il s'agisse de bâtonnets réactifs, aiguilles, autolet, monolet et solution de calibrage, à l'exclusion des frais engagés pour les piles.
- i) L'achat d'une pompe à insuline destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Les frais admissibles à cet égard sont limités à 5 000 \$ par période de 5 années consécutives par personne assurée.
- j) Les frais pour l'obtention d'un certificat médical produit pour justifier une absence au travail ou une invalidité de l'adhérent. L'absence au travail ou l'invalidité de l'adhérent doit au préalable être confirmée à l'assureur par l'administrateur du régime. Ces frais ne sont pas assujettis à la franchise et sont remboursés à 100 %.



**6) Frais pour soins de la vue (Régime élargi seulement)**

Lorsqu'un adhérent engage des frais admissibles pour des soins de la vue, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse ces frais selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article et selon ce qui est indiqué ci-après :

**TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES POUR SOINS DE LA VUE**

- a) Les frais pour les examens de la vue effectués par un optométriste ou un ophtalmologiste, jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais admissibles par visite par personne assurée, à raison d'une visite par période de 12 mois;
- b) l'achat de verres de lunettes, de montures de lunettes ou de lentilles cornéennes, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs par personne assurée;
- c) l'achat de lentilles cornéennes, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs, pourvu que ces lentilles soient prescrites pour astigmatisme grave de la cornée, cicatrice grave de la cornée, cornée conique ou autre, et à condition que l'acuité visuelle soit améliorée suffisamment pour atteindre un niveau de 20/40 avec ces lentilles et qu'elle ne puisse pas l'être avec des lunettes. Autrement, le remboursement relatif aux lentilles sera limité au remboursement maximal de 100 \$ prévu au paragraphe précédent.

**7) Assurance soins dentaires (Régime élargi seulement)**

Lorsqu'un adhérent engage des frais de soins dentaires pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés selon les modalités prévues au paragraphe 1) du présent article et selon ce qui est indiqué ci-dessous :

Par raisonnables on entend les frais qui n'excèdent pas ceux prévus par le Guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, deux années civiles avant l'année civile au cours de laquelle les frais sont engagés

**TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES POUR SOINS DENTAIRE**

- a) Examens buccaux, y compris le détartrage et le nettoyage, une fois par période de 6 mois;
- b) pour les enfants âgés de moins de 10 ans, examen dentaire non remboursable par le régime public d'assurance-maladie du Québec, une fois par période de 12 mois;
- c) radiographies dentaires;

- d) anesthésie, extractions, obturations, chirurgie buccale, parodontie et endodontie;
- e) prothèses dentaires complètes ou partielles, pourvu que l'extraction des dents qui nécessite ces prothèses survienne alors que la personne est couverte par le présent régime;
- f) remplacement de prothèses dentaires dans les cas suivants :
  - i) lorsque le remplacement est rendu nécessaire par suite de l'extraction de dents naturelles effectuée pendant que la personne est couverte en vertu du présent régime et à condition que la prothèse existante ne puisse être réparée;
  - ii) lorsque la personne possède depuis au moins 5 ans la prothèse qui fait l'objet du remplacement;
  - iii) lorsqu'il s'agit du remplacement d'une prothèse temporaire, à condition que celle-ci ait été admissible à un remboursement en vertu du présent régime lors de son acquisition et que la prothèse de remplacement soit alors considérée comme une prothèse permanente;
- g) réparation de prothèses dentaires;
- h) appareils de maintien;
- i) injections de médicaments antibiotiques par un chirurgien dentiste;
- j) traitement local au fluorure;
- k) couronnes, incrustations, ponts fixes, restaurations en or et orthodontie, les frais engagés pour ces services ou articles étant remboursables à 50 % au lieu de 80 %.

**8) Assurance voyage (Régimes de base et élargi):**

Lorsqu'une personne assurée, résidant au Canada et assurée 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 et pourvu qu'elle soit assurée par le régime d'assurance maladie de sa province, l'assurance voyage permet à l'assureur de rembourser 100 % des frais qu'elle engage à cet égard, dans la mesure où ces frais sont couverts en vertu de la présente police, 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 ci-après.

## TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES D'ASSURANCE VOYAGE

- a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux :
- i) Les frais de chambre et pension dans un centre hospitalier 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 la garantie des frais hospitaliers des Régimes de base ou élargi de la présente police.
  - ii) Les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste
  - iii) Les soins privés dispensés par une infirmière ou 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 :
- i) 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;
  - ii) Les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la proche famille qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.
  - iii) 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.

- iv) 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 dans un centre hospitalier pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure au centre hospitalier 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.
- v) 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 adhérent; par «véhicule» on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.
- vi) 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); il faut cependant qu'aucun membre de la proche famille ayant 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage
- vii) En cas de décès de la personne assurée, l'assureur rembourse 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 7 500 \$ US; ou jusqu'à 1 500 \$ CAN pour le coût de l'incinération ou de l'enterrement à l'endroit où survient le décès; le coût du cercueil n'est pas couvert; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage.

c) Frais de subsistance et d'appels interurbains :

Le coût des appels téléphoniques et des courses en taxi jugés essentiels, 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 à charge qui ne l'accompagnent pas; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin, ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 150 \$ CAN par jour par personne assurée, sans toutefois excéder un maximum global de 1 500 \$ CAN.

**9) Le service d'assistance-voyage (Régimes de base et élargi)**

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 dans un centre hospitalier;
- d) avances de fonds au centre hospitalier 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 dans un centre hospitalier 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.



## 10) Assurance annulation de voyage (Régimes de base et élargi)

L'assurance annulation de voyage ne s'applique que pour les frais engagés pour les 182 premiers jours du voyage.

### a) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à l'adhérent d'obtenir le remboursement des frais qu'il a payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'il doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

- i) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- ii) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- iii) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- iv) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- v) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- vi) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- vii) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par l'employeur pour lequel elle travaillait lors de son adhésion à l'assurance annulation de voyage;
- viii) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;

- ix) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- x) terrorisme dans un pays (destination d'origine) qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du voyage, une recommandation visant à déconseiller aux Canadiens de voyager dans ce pays au cours d'une période qui coïncide avec les dates du voyage;
- xi) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- xii) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est l'exécuteur testamentaire;
- xiii) défaillance du fournisseur de services de voyage;
- xiv) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par «emploi permanent», on entend un emploi détenu par un employé, tel que défini à l'article 1. DÉFINITIONS de la présente police.

**b) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ**

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN par personne assurée :

- i) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté;
- ii) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

**c) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée**

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN par personne assurée :

- i) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du retard du transporteur de correspondance (avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine) si ce retard est causé par les conditions atmosphériques ou des difficultés mécaniques, ou en raison du retard d'une automobile privée si le retard est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvé par un rapport de police); dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ;
- ii) la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées d'avance à l'égard du voyage projeté si le transporteur à horaire fixe de correspondance est retardé par des conditions atmosphériques pour une période représentant au moins 30 % du nombre total de jours du voyage et que la personne assurée choisisse de ne pas partir ou de ne pas continuer le voyage;
- iii) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par un transporteur à horaire fixe par la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage devient malade ou subit une blessure

**d) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé**

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ CAN par personne assurée :

- i) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- ii) la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.)



e) **Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages**

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en i) et ii), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ CAN par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- i) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté;
- ii) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage.

## 11. EXCLUSIONS –

### 1) Exclusions applicables à l'ensemble de la police Assurance santé

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- a) pour lesquels une indemnité est payable en vertu d'une loi des accidents de travail ou de toute loi équivalente;
- b) à l'occasion d'examens pour fins d'assurance ou pour d'autres fins similaires, d'examens de contrôle ou de vérification, excluant toutefois le certificat médical justifiant une absence de l'adhérent tel que prévu au **TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** du Régime élargi;
- c) par suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que la personne fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air;
- d) qui ne sont pas normalement payables par l'adhérent;
- e) que l'assureur n'a pas le droit de rembourser en vertu de lois provinciales et fédérales applicables;
- f) pour la vérification de la réfraction oculaire, pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes et pour l'achat de lunettes de soleil ou des lunettes ou de lentilles à des fins esthétiques;
- g) pour des examens de la vue et pour des lunettes et des lentilles cornéennes si l'adhérent est assuré en vertu du Régime de base;
- h) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus au Régime élargi;

- i) pour tout acte ou traitement de quelque nature que ce soit relié à un implant dentaire, de même que toute réclamation d'une prothèse reliée à un implant;
- j) pour des soins de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont prévus au **TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** des Régimes de base et élargi;
- k) 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.

## **2) Exclusions applicables à l'assurance voyage**

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec la firme d'assistance-voyage et qu'elle ne le fait pas, le remboursement de certains frais peut être refusé. En plus de lui éviter ce désagrément, cette communication permettra à la personne assurée de prendre connaissance des restrictions et limites concernant son assurance voyage.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance santé s'appliquent également à l'assurance voyage. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- a) 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;
- b) 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;
- c) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, si ces événements se produisent dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue pour l'accouchement.

## **3) Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage**

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;

- c) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou encore des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- d) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;
- e) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux (2) mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- f) pour le décès, la perte d'usage ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- g) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- h) pour toute perte ou frais résultant directement ou indirectement d'une blessure ou d'une perte d'usage que la personne s'est infligée elle-même, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait été consciente ou non de ses actes;
- i) pour tout accident résultant d'une insurrection, d'une guerre ou d'un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, de la participation active de la personne assurée à tout acte criminel, ou d'une émeute si celle-ci est survenue dans un pays que le gouvernement du Canada déconseillait comme destination avant la date de début du voyage;
- j) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné le jour même où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'administrateur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le présent contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 \$ CAN pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, et à 1 000 000 \$ CAN par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

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

## **12. LIMITATION DE LA GARANTIE –**

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

La même règle s'applique dans le cas d'une augmentation des tarifs maxima applicables aux frais hospitaliers lorsque cette augmentation est supérieure à la dernière augmentation des rentes de retraite payables par la Régie des rentes du Québec.

## **13. COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS –**

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

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

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel la personne est considérée comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

#### **14. PRIME –**

- 1) Les primes sont payables aux 14 jours au siège social de l'assureur. Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement de toute prime échue.
- 2) La prime mensuelle de cette police est égale à la somme des primes d'assurance santé des adhérents.
- 3) La prime mensuelle de chaque adhérent est établie par l'assureur en conformité avec le régime et le statut de protection choisis par l'adhérent et est indiquée au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1.

#### **15. MODIFICATION DE LA PRIME –**

L'assureur peut augmenter les taux de prime à la date de renouvellement des taux mentionnée à la première page de la police ou en tout temps par la suite à la condition d'en aviser par écrit le preneur au moins 120 jours à l'avance. De plus, aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente.

## **16. EXONÉRATION DE LA PRIME –**

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, son assurance, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur et aucune prime n'est payable après une période continue d'invalidité totale de plus de 180 jours et aussi longtemps que dure l'invalidité totale. Ce maintien d'assurance sans paiement de prime cesse à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- 2) la date à laquelle l'adhérent occupe un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation, qu'il soit invalide ou non;
- 3) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être un employé de l'Université Laval;
- 4) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- 5) la date de la fin du contrat.

## **17. CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE –**

Lors de suspension temporaire de service avec perte de traitement sous forme de congé autorisé ou comme mesure disciplinaire, l'employé peut demeurer assuré en vertu de l'ensemble des garanties pourvu qu'il acquitte d'avance la prime totale requise.

## **18. FIN DU CONTRAT –**

- 1) Le contrat prend fin à 24 h,
  - a) le dernier jour du délai de grâce si la prime payable en vertu de ce contrat n'est pas payée à cette date;
  - b) sur avis écrit du Preneur à l'assureur, à la dernière des dates suivantes :
    - i) la date indiquée dans l'avis écrit;
    - ii) le dernier jour du mois au cours duquel l'avis écrit parvient au siège social de l'assureur;
  - c) le dernier jour de toute année d'assurance si l'assureur envoie un avis écrit au Preneur au moins 120 jours avant la fin de l'année d'assurance;

- d) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le dernier jour du délai de grâce prévu si, à cette date,
  - i) la cotisation du preneur est inférieure à 25 % de la prime;
  - ii) le nombre d'adhérents est inférieur à 25.
- 2) Le Preneur doit verser à l'assureur une prime proportionnelle pour la période écoulée depuis la date d'échéance de la dernière prime jusqu'à la date de la fin du contrat.

#### **19. FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT –**

L'assurance de tout adhérent prend fin à 24 h, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) la date à laquelle il cesse d'être un employé;
- 4) la date à laquelle il atteint l'âge de 71 ans, pour ce qui est de l'ensemble des garanties du Régime élargi et du Régime de base, à l'exclusion toutefois de l'assurance médicaments du Régime de base qui demeure en vigueur selon les modalités applicables à cette garantie en ce qui concerne la prime, la franchise et le pourcentage de remboursement;
- 5) la date à laquelle il prend sa retraite;
- 6) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé;
- 7) la date à laquelle il devient assuré en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, pour la partie de l'assurance médicaments.

#### **20. FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE –**

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 24 h, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent;

- 4) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans, pour ce qui est de l'ensemble des garanties du Régime élargi et du Régime de base, à l'exclusion toutefois de l'assurance médicaments du Régime de base qui demeure en vigueur selon les modalités applicables à cette garantie en ce qui concerne la prime, la franchise et le pourcentage de remboursement;
- 5) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé pour cette personne à charge;
- 6) la date à laquelle cette personne à charge devient assurée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, pour la partie de l'assurance médicaments;
- 7) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;
- 8) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant de cesser de couvrir ses personnes à charge

## **21. RENSEIGNEMENTS –**

- 1) Le Preneur doit fournir à l'assureur tout renseignement nécessaire à la gestion du contrat. De plus, le Preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et dossiers.
- 2) Le Preneur doit informer les personnes admissibles et les personnes assurées de leurs droits et obligations en vertu de ce contrat de même que de toute modification qui y est apportée.
- 3) Tout employé admissible ou tout adhérent peut prendre connaissance de la présente police au bureau du responsable des avantages sociaux pour le Preneur pendant les heures régulières de travail.

## **22. ATTESTATION D'ASSURANCE –**

L'assureur remet une attestation d'assurance à l'adhérent par l'entremise du Preneur.

## **23. MONNAIE –**

Tout paiement prévu dans ce contrat est effectué en monnaie canadienne. De plus, tous les paiements prévus en vertu de l'assurance voyage et de l'assurance annulation de voyage sont effectués d'après le taux de change en vigueur au moment du remboursement à l'adhérent.



## **24. CONTRAT –**

La police exprime toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'assureur. Cette police, la soumission de l'assureur, les lettres d'entente intervenues par la suite, les demandes d'adhésion et les preuves d'assurabilité des personnes assurées ainsi que les avenants et l'entente financière constituent le contrat entre les parties.

## **25. EXAMEN –**

L'assureur a le droit de faire examiner à ses frais toute personne qui a subi un accident ou est devenue totalement invalide lorsqu'une demande de prestations lui est présentée

## **26. GENRE ET NOMBRE –**

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

## **27. DEMANDE DE PRESTATIONS –**

- 1) En cas de frais d'accident-maladie
  - a) Toute demande de prestations au titre de cette police doit être faite au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.
  - b) L'assureur recommande à l'adhérent 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.
  - c) Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de paiement par carte, il suffit de présenter au pharmacien la carte de paiement de médicaments sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de l'adhérent. Le mode de paiement prévu par l'assurance à cet égard est dit «différé» et permet le remboursement des sommes appropriées concernant les frais de médicaments sans que l'adhérent n'ait à remplir de demande de prestations.
  - d) Lorsque l'adhérent a recours au service de paiement par carte, l'assureur le rembourse dès que le total du remboursement de frais de médicaments auquel il a droit (pour lui-même et ses personnes à charge assurées s'il y a lieu) atteint 100 \$, ou dès qu'une période de 60 jours s'est écoulée depuis la date de son dernier remboursement de frais de médicaments si la limite de 100 \$ n'est pas encore atteinte à la fin de ces 60 jours.

- e) Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement par carte et pour les autres frais d'accident-maladie, l'adhérent doit remplir le formulaire approprié et y attacher l'original des factures acquittées. À noter que toutes les factures doivent mentionner le nom du patient, la nature, la date et le coût des services.
- 2) En cas de frais d'annulation de voyage
- Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :
- a) titres de transport inutilisés;
  - b) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
  - c) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
  - d) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.
- 3) Le défaut de transmettre la demande de prestations, les preuves et les renseignements dans les délais prévus n'entraîne pas le refus de la demande, pourvu que celle-ci, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.
- 4) Nonobstant toute autre disposition de la présente police, l'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations présentée plus de 12 mois après la fin du contrat.

## 28. PROLONGATION –

- 1) Lorsque l'assurance d'un adhérent se termine parce qu'il cesse d'être un employé de l'Université Laval pour une autre raison que la retraite ou lorsque l'assurance d'une personne à charge se termine parce qu'elle cesse d'être une personne à charge, dans la mesure où l'adhérent ou la personne à charge est totalement invalide, les remboursements pour les frais engagés par suite de l'invalidité en cause sont payables pendant une période n'excédant pas le moindre de
  - a) 12 mois; ou
  - b) le nombre de mois durant lesquels la personne concernée a été assurée.
- 2) Si l'adhérent décède lorsque ses personnes à charge assurées sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence, leur assurance voyage peut se poursuivre jusqu'à la première des dates suivantes :
  - a) le 31<sup>e</sup> jour suivant le décès de l'adhérent;
  - b) la date de la fin du voyage en cours.