

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

(ci-après appelée l'assureur)

conformément aux dispositions de cette police
émise à la demande de

SYNDICAT DES PROFESSEURS ET PROFESSEURES
DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (SPUL)

(ci-après appelée le Preneur)

assure les employés qui y sont désignés (ci-après appelés les adhérents) et leurs personnes à charge.

ENTRÉE EN VIGUEUR - La police entre en vigueur à 0 h 0 min 1 s, le premier jour de juin 2002.

ANNÉES ET MOIS D'ASSURANCE - La période s'étendant de la date d'entrée en vigueur de la police jusqu'à la date du premier renouvellement est considérée comme la première année d'assurance; les années subséquentes d'assurance comptent 12 mois consécutifs.

DATE DU PREMIER RENOUVELLEMENT - 1^{er} décembre 2003.

Les dispositions contenues dans les pages suivantes ou ajoutées par avenant par l'assureur ont la même valeur que si elles apparaissaient au-dessus de la signature des représentants autorisés de l'assureur.



1. DÉFINITIONS –

Dans cette police, on entend par :

- 1) **Accident** : toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
- 2) **Adhérent** : employé qui a adhéré à la présente police en vertu des conditions d'admissibilité
- 3) **Administrateur du régime** : Comité de gestion des assurances collectives (CGAC).
- 4) **Âge** : âge au dernier anniversaire de la personne assurée.
- 5) **Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
- 6) **Avion** : aux fins de l'assurance annulation de voyage, aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou à l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.
- 7) **Centre hospitalier** : installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale reconnue comme telle au sens des loi et règlement sur les services de santé et les services sociaux du Québec, ou établissement répondant aux mêmes normes, dans le cas de services hospitaliers prodigués en dehors de la province de Québec.
- 8) **Compagnon de voyage** : personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).
- 9) **Contrat antérieur** : le contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur de ce contrat et couvrant certains adhérents et leurs personnes à charge, s'il y a lieu.



- 10) **Date normale de la retraite** : le jour qui coïncide avec le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.
- 11) **Défaillance** : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.¹
- 12) **Employé** : une personne dont le régime normal d'emploi est d'au moins 50 % et qui appartient à l'une ou l'autre des catégories suivantes :
- a) un professeur ou une professeure au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives et les protocoles intervenus entre l'employeur et
 - le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval;
 - l'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval;
 - l'Association des médecins cliniciens enseignants de l'Université Laval;
 - b) un ou une responsable de formation pratique ou un ou une chargée d'enseignement au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par une convention collective du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval;
 - c) les maîtres de français langue seconde de l'Université Laval intégrés à titre de chargés d'enseignement au Syndicat des chargées et chargés de cours tel qu'entendu dans la lettre d'entente entre le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université Laval, le Syndicat des maîtres de français langue seconde de l'Université Laval et l'Université Laval signée à Québec le 20 février 2009;
 - d) un administrateur ou une administratrice, au sens de l'article 55 des Statuts de l'Université Laval, un adjoint ou une adjointe au recteur ou à la rectrice ou à un vice-recteur ou à une vice-rectrice ou un directeur adjoint ou une directrice adjointe à la Direction générale de la formation continue et qui avait le statut de professeur ou de professeure au sens de l'article 23 des Statuts de l'Université Laval au moment de sa nomination;

¹ Modifié le 1^{er} décembre 2012 (Avenant n^o 8)



- e) un employé régulier ou une employée régulière d'un syndicat ou d'une association de professeurs et professeures de l'Université Laval.
- 13) **Employeur** : Université Laval ou le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).
- 14) **En fonction** : état d'un employé qui remplit ses fonctions pour l'employeur et reçoit un traitement annuel.
- 15) **Fournisseur de services de voyage** : agence de voyage, grossiste en voyage, organisateur de voyages à forfait et compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.
- 16) **Frais usuels et raisonnables** : les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.
- 17) **Grossesse** : la grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement ou fausse-couche ainsi que les complications qui peuvent en résulter.
- 18) **Hospitalisation** : occupation d'une chambre d'un centre hospitalier, repas compris, à titre de patient alité.
- 19) **Hôte à destination** : personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.
- 20) **Invalidité** : état ou condition résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux.
- 21) **Maladie** : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
- 22) **Médecin** : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine dans la région où les soins médicaux sont donnés.
- 23) **Médicament équivalent** : un médicament, d'origine (de marque) ou générique, offrant une alternative thérapeutique conformément à la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.



- 24) **Membre de la proche famille** : le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la soeur de la personne assurée.
- 25) **Membre de la famille** : tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.
- 26) **Personnes à charge** : le conjoint et les enfants à charge de l'adhérent, définis de la façon suivante :

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

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) est majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience physique ou mentale grave ayant débuté lorsqu'elle était âgée de moins de 21 ans ou de 25 ans ou moins si elle fréquentait un établissement d'enseignement reconnu, pourvu que cette invalidité la rende régulièrement incapable d'exercer une occupation véritablement rémunératrice, et elle 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 si elle était mineure.

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

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe, depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe 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'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente police;
 - b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.
- 27) **Personne assurée** : l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge assurés en vertu de la présente police.
- 28) **Perte financière** : perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.
- 29) **Preneur** : Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval.
- 30) **Réunion d'affaires** : réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.
- 31) **Stable** : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui :
- a) dans les 30 jours précédant la date de début du voyage pour les employés actifs âgés de moins de 71 ans;
 - b) dans les 90 jours précédant la date de début du voyage pour les employés actifs âgés de 71 ans ou plus;
- n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :
- a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
 - b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.
- 32) **Traitement** : ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même journée par une même catégorie de professionnels de la santé.

- 33) **Transport public:** déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.
- 34) **Voyage:** période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :
- a) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
 - b) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

2. ADMISSIBILITÉ –

- 1) Tout employé non retraité est admissible à l'assurance à la première des dates suivantes :
- a) à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il est au service de l'employeur;
 - b) à la date de son entrée en service pour l'employeur, dans tous les autres cas.
- 2) Tout professeur assuré en vertu du contrat antérieur, mais en année d'étude et de recherche au moment de l'entrée en vigueur de cette police, est présumé assuré selon la protection prévue en vertu du régime actuel qui correspond le mieux à celle qu'il détenait immédiatement avant l'entrée en vigueur de la présente police.

Toutefois, celui-ci peut, à son retour au travail, changer de régime à la condition d'en faire la demande à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date effective de son retour au travail. À défaut de présenter sa demande dans les délais requis, les règles prévues aux articles 8 et 9 de la présente police concernant le changement de régime et de statut de protection s'appliqueront.

- 3) Tout employé non assuré en vertu du contrat antérieur et qui n'est pas au travail à la date à laquelle il deviendrait autrement admissible à l'assurance, est assuré dès la date de son retour effectif au travail à titre d'employé.
- 4) Toute personne à la charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.



- 5) Nonobstant les paragraphes précédents, tout employé et toute personne à charge assurés en vertu du contrat antérieur, lequel a pris fin moins de 31 jours avant la date d'entrée en vigueur de cette police, sont admis à l'assurance en vertu de cette police à la date de la fin du contrat antérieur,
- a) si l'assurance de cet employé ou de cette personne à charge en vertu du contrat antérieur a pris fin uniquement à cause de la fin du contrat antérieur et
 - b) si cet employé ou cette personne à charge est admissible à l'assurance en vertu de cette police.

3. PARTICIPATION À L'ASSURANCE –

La participation est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité de même que pour ses personnes à charge résidant au Québec, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe 6) de l'article 6 de la présente police concernant le droit d'exemption.

Personne assurée âgée de 65 ans ou plus

- 1) En ce qui concerne la couverture pour les médicaments, la personne âgée de 65 ans ou plus est automatiquement inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments administré par la RAMQ. Cette personne a cependant le choix :
- a) de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments et assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
 - b) d'annuler son inscription au régime public québécois d'assurance médicaments et de demeurer assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
 - c) de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments et d'annuler l'assurance en vertu de la présente police, pourvu que la personne soit assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

Une personne désirant maintenir en vigueur l'assurance en vertu de la présente police après son 65^e anniversaire de naissance (options a) et b) ci-dessus) doit en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour l'assurer. Si la personne choisit de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments (options a) et c) ci-dessus), elle ne pourra par la suite modifier son choix à cet égard.

- 2) Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par le régime d'assurance collective si l'adhérent n'y est pas lui-même assuré.



4. COMPOSITION DE L'ASSURANCE SANTÉ –

- 1) L'assurance santé offre deux (2) régimes, le Régime de base et le Régime élargi, au choix de l'adhérent.
- 2) Le Régime de base comprend les garanties frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais, frais hospitaliers, assurance voyage (incluant le service d'assistance-voyage) et assurance annulation de voyage.
- 3) Le Régime élargi comprend tous les éléments du Régime de base auxquels s'ajoutent d'autres frais paramédicaux, les soins de la vue et les soins dentaires.

5. STATUTS DE PROTECTION –

- 1) L'adhérent peut opter pour l'un des trois statuts de protection suivants :
 - a) **Protection individuelle** : désigne la protection de l'adhérent qui n'a aucune personne à charge admissible ou dont les personnes à charge sont déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective;
 - b) **Protection monoparentale** : désigne la protection de l'adhérent qui assure ses enfants à charge;
 - c) **Protection familiale** : désigne la protection de l'adhérent qui assure son conjoint et des enfants à charge.
- 2) Les personnes à charge couvertes en vertu de la présente police sont celles qui sont déclarées à l'assureur. Par conséquent, tout ajout ou annulation d'une personne à charge doit être signifié à l'assureur par l'intermédiaire de l'administrateur du régime.

6. DEMANDE D'ADHÉSION ET DROIT D'EXEMPTION –

- 1) Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible. L'employé doit signifier son choix quant au régime qu'il désire, à défaut de quoi le Régime élargi sera accordé d'office. Il doit également indiquer sur cette demande son choix de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale), à défaut de quoi le statut de protection individuelle sera accordé d'office.

- 2) Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, l'employé sera assuré d'office en vertu du Régime élargi avec un statut de protection individuel, à la date de la demande et tout changement ultérieur de régime devra tenir compte des dispositions de l'article 8 de la présente police concernant le changement de régime.
- 3) Un employé peut changer son statut de protection en remplissant une nouvelle demande d'adhésion. Tout changement de statut de protection devra tenir compte des dispositions de l'article 9 de la présente police concernant les changements de statut de protection.
- 4) Tout employé qui doit assurer une personne à charge doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle elle y devient admissible.
- 5) Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, l'employé doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur à l'égard de cette personne à charge, sauf pour les médicaments qui prendront effet à la date de la demande. Tout changement de statut de protection devra tenir compte des dispositions de l'article 9 concernant les changements de statut de protection.
- 6) Un employé peut, sur avis écrit à son employeur, décider de ne pas participer à l'assurance santé (Régime de base ou Régime élargi), à la condition qu'il établisse que lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Toutefois, si l'assurance qui a donné lieu à l'exemption cesse, l'employé, et ses personnes à charge doivent, à compter de la date de cessation de l'assurance, être assurés en vertu de l'un ou l'autre des régimes de la présente garantie. L'employé doit alors remplir une demande d'adhésion pour lui-même et pour ses personnes à charge au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle prend fin l'assurance qui a donné lieu à l'exemption. En outre, pour adhérer au Régime élargi, il doit prouver qu'il était assuré, de même que ses personnes à charge, en vertu d'un régime d'assurance collective offrant des protections semblables. Enfin, il doit maintenir sa participation à l'un ou l'autre des régimes de la présente garantie pendant une période minimale de 36 mois; étant entendu que les dispositions de l'article 8 concernant le changement de régime et celles de l'article 9 concernant le changement de statut de protection continuent de s'appliquer.
- 7) Nonobstant ce qui précède, pour l'adhérent qui est déjà couvert en vertu d'une protection monoparentale ou familiale, l'ajout de tout nouvel enfant à charge est fait sans preuve d'assurabilité, à la date à laquelle la demande de l'administrateur du régime à cet effet parvient à l'assureur. La même règle s'applique dans le cas d'un nouveau conjoint pour l'adhérent qui détient déjà une protection familiale.



7. DÉBUT DE L'ASSURANCE –

- 1) 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.
- 2) L'assurance d'une personne à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle elle y devient admissible.
 - b) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu, sauf pour l'assurance des médicaments qui prend effet à la date de la demande.
- 3) 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.

8. CHANGEMENT DE RÉGIME –

- 1) Tout changement de régime (Régime de base au Régime élargi ou Régime élargi au Régime de base) ne peut se faire que le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre de chaque année. La demande doit être faite par écrit auprès de l'administrateur du régime au plus tard le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre.
- 2) Cependant, le changement du Régime élargi au Régime de base ne peut se faire que le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre **qui suit au moins 36 mois de participation au Régime élargi.**

9. CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION –

- 1) L'adhérent peut changer de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) seulement le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre de chaque année sauf si un des événements ci-dessous se produit, auxquels cas, le changement se fait le jour même de l'événement :
 - a) mariage;
 - b) début d'admissibilité d'un conjoint ou d'une conjointe;
 - c) décès d'un conjoint ou d'une conjointe;
 - d) naissance ou adoption d'un enfant à charge;
 - e) décès d'un enfant à charge;
 - f) fin d'admissibilité d'une personne à charge;



- g) lorsque le conjoint ou la conjointe acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur.
- 2) La demande doit parvenir à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'événement à défaut de quoi des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pourraient être exigées, s'il y a lieu.
- 3) L'adhérent couvert par le Régime élargi en vertu d'un statut de protection individuelle, qui demande une protection monoparentale ou familiale après le délai de 31 jours, doit fournir des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge, pour les frais autres que les médicaments.
- 4) Si une des personnes à charge est refusée à la suite de l'analyse des preuves d'assurabilité, cette personne demeurera assurée uniquement pour les médicaments. Dans ce cas, la règle concernant le changement de statut de protection au 1^{er} juin ou au 1^{er} décembre ne s'applique pas.
- 5) Aucun remboursement rétroactif de prime n'est accordé à l'adhérent qui change son statut de protection de familiale à monoparentale ou individuelle, ou de monoparentale à individuelle, si la demande de modification n'est pas présentée dans les 31 jours qui suivent la date de l'événement (tel que décrit au paragraphe 1) du présent article) qui justifie cette modification.

10. PRESTATIONS –

1) Franchise et pourcentage de remboursement

Les frais admissibles ne sont remboursables qu'après déduction du ticket modérateur par médicament prescrit, lorsqu'applicable, et, pour chaque année civile, de la franchise mentionnés au Tableau A et ceux-ci sont soumis au pourcentage de remboursement stipulé au Tableau B (voir les tableaux ci-après).

Les frais admissibles engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année sont également déduits de la franchise de l'année suivante.

Tableau A : Franchise		
	Régime de base	Régime élargi
Frais hospitaliers au Québec	Aucune franchise	Aucune franchise
Frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais	<p><u>Médicament d'origine (médicament de marque) pour lequel il existe un médicament générique équivalent sur le marché</u> : ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit</p> <p><u>Tous les médicaments, frais paramédicaux et autres frais</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 175 \$ par protection individuelle • 280 \$ par protection monoparentale • 420 \$ par protection familiale 	<p><u>Médicament d'origine (médicament de marque) pour lequel il existe un médicament générique équivalent sur le marché</u> : ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit</p> <p><u>Tous les médicaments, frais paramédicaux et autres frais</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 \$ par protection individuelle • 80 \$ par protection monoparentale • 120 \$ par protection familiale
Frais d'assurance soins de la vue	Ne s'applique pas	Aucune franchise
Frais d'assurance soins dentaires	Ne s'applique pas	50 \$ par protection individuelle 80 \$ par protection monoparentale 120 \$ par protection familiale
Frais d'assurance voyage	Aucune franchise	Aucune franchise
Frais d'assurance annulation de voyage	Aucune franchise	Aucune franchise

Tableau B : Pourcentage de remboursement		
	Régime de base	Régime élargi
Frais hospitaliers au Québec	100 %	100 %
Frais de médicaments	1) Médicaments génériques : 80 %* 2) Médicaments d'origine (médicament de marque) : <ul style="list-style-type: none"> • 80 %* du prix du médicament d'origine (médicament de marque) s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché • 80 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché * Le pourcentage indiqué s'applique jusqu'au maximum prévu dans la description de la garantie, il passe alors à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.	
Frais paramédicaux et autres frais	80 % des frais admissibles <u>Techniques d'imagerie :</u> 50 % des frais admissibles	80 % des frais admissibles <u>Techniques d'imagerie :</u> 50 % des frais admissibles
Frais paramédicaux et autres frais		Frais de psychologue, de psychiatre et de psychanalyste : 80 % des premiers 600 \$ de frais admissibles et 50 % de l'excédent par personne assurée par année civile
Frais d'assurance soins de la vue	Ne s'applique pas	80 % des frais admissibles

Tableau B : Pourcentage de remboursement		
	Régime de base	Régime élargi
Frais d'assurance soins dentaires	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 %
Frais d'assurance voyage	100 %	100 %
Frais d'assurance annulation de voyage	100 %	100 %
Frais normalement payables par la RAMQ pour un adhérent en attente de sa couverture auprès de la RAMQ	Frais en cas d'urgence : 100 % Autres frais : 80 %	

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.

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 :

- Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à sa charge.
- Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que la personne assurée débourse est égal à la contribution maximale déterminée par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard du ticket modérateur, 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 le présent régime. En conséquence, la contribution maximale de l'adhérent et de son conjoint à l'égard des frais de médicaments s'applique séparément. Toutefois, les frais de médicaments engagés pour les enfants à charge sont compris dans la contribution maximale de l'adhérent. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

TABLEAU DES FRAIS DE MÉDICAMENTS ADMISSIBLES

- a) Les médicaments et autres produits que le régime public québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard de l'adhérent, de son conjoint et des enfants à charge, s'il y a lieu, si ces personnes n'étaient pas assurées en vertu d'un contrat collectif.
- b) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime public québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire (codés « Pr », « C », « N » ou « T/C » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis exclusivement par un pharmacien, ou par un professionnel de la santé conformément à la Loi sur la pharmacie.



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

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

Il est toutefois entendu que les produits suivants ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

- shampoings, produits et médicaments pour le cuir chevelu; toutefois, dans le cas des médicaments qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale, l'assureur remboursera les coûts initiaux pour un essai normalisé selon les normes médicales, jusqu'à un maximum viager de 250 \$ par personne;
- produits de beauté;
- huiles de teint (écran solaire)
- savons;
- pansements usuels;
- gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
- émoullients épidermiques;
- eaux minérales;
- produits de régime servant de supplément ou de complément à l'alimentation;
- accessoires domestiques;
- laxatifs d'usage courant;
- antiacides stomacaux d'usage courant;
- produits, hormones ou injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes;

- substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, pinceaux veineux et dilatation mineure non réellement pathologique mais considérée comme inesthétique;
 - vitamines de toutes sortes;
 - médicaments et produits prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;
 - médicaments et produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments pour les médicaments et produits antitabac ne sont pas couverts.
- c) Pour les personnes assurées de 65 ans ou plus qui sont assurées par le régime public québécois d'assurance médicaments, les médicaments décrits au paragraphe b).

Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime public québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.

- d) Le coût du médicament pour des injections sclérosantes à des fins médicales, étant entendu que les frais admissibles couvrent le coût des médicaments utilisés, jusqu'à concurrence du montant que l'assureur considère comme raisonnable pour chaque visite, compte tenu du médicament injecté.
- e) L'achat d'aiguilles et d'accessoires nécessaires au fonctionnement d'une pompe à insuline, sur présentation d'un rapport médical attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil (**Régime élargi seulement**).

4) Frais paramédicaux et autres frais (Régimes de base et élargi)

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 admissibles énumérés de a) à f) inclusivement au **TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** ci-après doivent être engagés sur recommandation médicale.
- b) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à sa charge.

- c) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

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 doit être couverte par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- 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 :
 - **analyse de laboratoire** : ces frais sont limités à un maximum de frais admissibles de 250 \$ par année civile pour l'adhérent 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 % et limités à un maximum de frais admissibles 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.
- 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 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.

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 usuels et 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 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, par personne assurée. 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.

Pour chaque année civile, le remboursement des frais pour l'ensemble des soins dentaires prévus ci-dessous, à l'exception de l'orthodontie, est limité à 3 000 \$ par personne assurée. Quant au remboursement prévu pour les traitements d'orthodontie, il est limité à 3 000 \$ par personne assurée pour la durée du contrat.

TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES POUR SOINS DENTAIRES

- a) examen buccal initial;
- b) Examens buccaux de rappel, y compris le détartrage et le nettoyage, une fois par période de 6 mois;
- c) examens buccaux d'urgence;
- d) 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;
- e) radiographies dentaires;
- f) anesthésie, extractions, obturations, chirurgie buccale, parodontie et endodontie;
- g) 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;
- h) 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;
- i) réparation de prothèses dentaires;
 - j) appareils de maintien;
 - k) injections de médicaments antibiotiques par un chirurgien dentiste;
 - l) traitement local au fluorure;
 - m) 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, doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assurance voyage permet à l'assureur de rembourser 100 % des frais qu'elle engage à cet égard, conformément aux conditions suivantes :

- a) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) les frais doivent être couverts en vertu du présent article; et
- c) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de sa province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours (60 jours pour les adhérents âgés de 71 ans ou plus), sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

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, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital, étant entendu que la personne doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec Voyage-Assistance, 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.¹
 - 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.
 - iv) Les frais admissibles qui sont couverts en vertu du régime d'assurance santé dans la province de résidence habituelle 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 Voyage-Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage-Assistance;
 - 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 Voyage-Assistance.
 - 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 Voyage-Assistance.

- 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 assurée 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 Voyage-Assistance. Les frais de subsistance du membre de la proche famille sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN.
- 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 Voyage-Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ 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 Voyage-Assistance); 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 Voyage-Assistance.

- 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)

Voyage-Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission 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) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

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) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, avant la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout 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;
- xv) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
 - d'une panne mécanique;
 - de l'échouement du navire;
 - de sa mise en quarantaine; ou



- de son déroutement en raison d'intempéries;
- xvi) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
- retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
 - des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables; ou
 - une catastrophe naturelle; ou
 - retard du véhicule, causé par
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de 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 (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- ii) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doit 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, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de services de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), 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 3 heures avant l'heure prévue du départ;¹
- ii) 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;
- iii) les frais de subsistance de la personne assurée, jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

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 (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);

iii) les frais de subsistance de la personne assurée, jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

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 5 000 \$ CAN par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :¹

- i) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement)¹;
- 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.

2) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec Voyage-Assistance 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 limitations 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 la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage-Assistance;
- f) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par Voyage-Assistance;¹

- g) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émise en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi à l'Université Laval n'est pas visée par le point i) ci-dessus;

- h) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- i) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées au remboursement viager global de 5 000 000 \$ par personne assurée. Lorsque l'adhérent atteint 71 ans, le remboursement viager global est réduit à 1 000 000 \$ par personne assurée.

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 ou à la date du départ, 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) 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;

- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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;
- h) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manœuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;
- i) 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;
- j) pour tout événement survenu dans un pays ou un région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émise en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais.



Par ailleurs, la personne assurée qui a entrepris un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi à l'Université Laval n'est pas visée par le point i) ci-dessus;

- k) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;¹
- l) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.¹

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après 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 public 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. 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.

17. 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.

18. 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 prend sa retraite;

- 5) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé;
- 6) la date à laquelle il devient assuré en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime.

19. 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'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé pour cette personne à charge;
- 5) la date à laquelle cette personne à charge devient assurée en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime;
- 6) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;
- 7) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant de cesser de couvrir ses personnes à charge.

20. 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.



21. ATTESTATION D'ASSURANCE –

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

22. 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.

23. CONTRAT –

La police exprime toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'assureur. Cette police, la soumission de l'assureur, les lettres d'intente 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.

24. 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.

25. GENRE ET NOMBRE –

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

26. 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) 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.
 - d) Pour les autres frais couverts en vertu de l'assurance santé, 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 dentaires
- a) Pour le remboursement de frais dentaires dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, la personne assurée doit présenter au dentiste participant la carte d'assurance maladie gouvernementale et la carte de paiement. 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. Dans le cas d'un dentiste non participant, 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.
 - b) Pour une personne assurée qui réside à l'extérieur du Québec ou 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 l'assureur remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui 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), l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.
 - c) 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.

- d) 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.
- 3) 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. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
 - 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.
- 4) 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.
- 5) 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.

27. 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^e jour suivant le décès de l'adhérent;
 - b) la date de la fin du voyage en cours.

