



**360°** MC | ASSURANCE  
COLLECTIVE

## Votre régime d'assurance collective

**SYNDICAT DES PROFESSEURS  
ET PROFESSEURES DE  
L'UNIVERSITÉ LAVAL**

**Polices n<sup>OS</sup> E800 et 5185**

Fière partenaire de



FONDATION MC  
DES MALADIES  
DU COEUR  
ET DE L'AVC



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# **Votre régime d'assurance collective**

## **SYNDICAT DES PROFESSEURS ET PROFESSEURES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL**

**Polices n<sup>os</sup> E800 et 5185**

**Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1<sup>er</sup> juin 2002. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.**

**Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE DES GARANTIES .....</b>	<b>1</b>
<b>Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident .....</b>	<b>1</b>
<b>Assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident.....</b>	<b>1</b>
<b>Assurance santé.....</b>	<b>2</b>
<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>10</b>
<b>Le contrat d'assurance collective.....</b>	<b>10</b>
<b>Définitions.....</b>	<b>10</b>
<b>Admissibilité .....</b>	<b>19</b>
<b>Participation à l'assurance vie .....</b>	<b>20</b>
<b>Participation à l'assurance santé .....</b>	<b>20</b>
<b>Demande d'adhésion à l'assurance vie .....</b>	<b>22</b>
<b>Demande d'adhésion à l'assurance santé et droit d'exemption.....</b>	<b>24</b>
<b>Début de l'assurance .....</b>	<b>26</b>
<b>Changement de statut de protection et changement de régime pour l'assurance santé .....</b>	<b>28</b>
<b>Modification de la somme assurée d'assurance vie de base consécutive à un changement de salaire.....</b>	<b>29</b>
<b>Modification de la somme assurée d'assurance vie supplémentaire .....</b>	<b>30</b>

<b>Exonération de la prime en cas d'invalidité.....</b>	<b>30</b>
<b>Continuité de l'assurance .....</b>	<b>31</b>
<b>Fin de l'assurance.....</b>	<b>31</b>
<b>Droit de transformation de l'assurance vie.....</b>	<b>33</b>
<b>Prolongation de l'assurance .....</b>	<b>34</b>
<b>Limitations générales.....</b>	<b>34</b>
<b>Coordination des prestations et partage des remboursements .....</b>	<b>35</b>
<b>Bénéficiaire de l'assurance vie .....</b>	<b>36</b>
<b>DESCRIPTION DES GARANTIES .....</b>	<b>37</b>
<b>Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident .....</b>	<b>37</b>
<b>Assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident.....</b>	<b>41</b>
<b>Assurance santé.....</b>	<b>43</b>
<b>Demandes de prestations .....</b>	<b>77</b>

*À noter*

*L'usage du masculin comme neutre ne vise pas à exclure le féminin,  
mais plutôt à alléger le texte.*

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT OU DE L'ADHÉRENTE INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT

<b>Somme assurée</b>	Deux (2) fois le salaire annuel
<b>Réduction de la somme assurée</b>	À compter du 46 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente, la somme assurée est graduellement réduite à chaque année de telle sorte qu'elle soit égale à une (1) fois le salaire annuel au 60 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente. La somme assurée demeure inchangée par la suite.

### ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT

<b>Somme assurée</b>		
<b>Adhérent ou adhérente</b>	<b>Conjoint ou conjointe</b>	<b>Chaque enfant à charge</b>
1 à 5 fois le salaire annuel	Par tranche de 10 000 \$, maximum de 10 tranches	Par tranche de 5 000 \$, maximum de 5 tranches

## ASSURANCE SANTÉ

Franchises		
	Régime de base	Régime élargi
<b>Frais hospitaliers au Québec</b>	Aucune franchise	
<b>Frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais</b>	<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"> <li>• 175 \$ par protection individuelle</li> <li>• 280 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 420 \$ par protection familiale</li> </ul>	<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"> <li>• 50 \$ par protection individuelle</li> <li>• 80 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 120 \$ par protection familiale</li> </ul>
<b>Frais d'assurance soins de la vue</b>	Ne s'applique pas	Aucune franchise
<b>Frais d'assurance soins dentaires</b>	Ne s'applique pas	<p>50 \$ par protection individuelle</p> <p>80 \$ par protection monoparentale</p> <p>120 \$ par protection familiale</p>

<b>Franchises</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais d'assurance voyage</b>	Aucune franchise	
<b>Frais d'assurance annulation de voyage</b>	Aucune franchise	

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>

<b>Frais hospitaliers au Québec</b>		
	100 %, chambre semi-privée	

<b>Frais de médicaments</b>		
	<p>1) Médicaments génériques : 80 %*</p> <p>2) Médicaments d'origine (médicaments de marque) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 %* du prix du médicament d'origine (médicament de marque) s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché</li> <li>• 80 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché</li> </ul> <p>* 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.</p>	

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Injections sclérosantes</b>	Couvertes	
<b>Aiguilles et accessoires nécessaires au fonctionnement d'une pompe à insuline</b>	Ne s'applique pas	Couverts

<b>Frais paramédicaux et autres frais</b>	
	80 % des frais admissibles, à moins d'indication contraire dans le présent tableau
<b>Chambre ou pension dans tout centre hospitalier à l'extérieur du Québec</b>	Couverte
<b>Soins infirmiers à domicile</b>	Couverts
<b>Services diagnostiques</b>	<u>Analyse de laboratoire</u> : 250 \$ admissibles par année civile pour l'adhérent et l'ensemble de ses personnes à charge assurées <u>Techniques d'imagerie</u> : 50 % des frais admissibles, 750 \$ admissibles par année civile par personne assurée
<b>Traitements au radium ou aux rayons X, oxygène, sang, plasma sanguin et transfusions</b>	Couverts
<b>Béquilles, attelles, plâtres ou bandes herniaires</b>	Couverts (achat ou location)



<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Fauteuil roulant conventionnel, respirateur ou lit d'hôpital</b>	Couverts (location)	
<b>Chirurgie plastique par suite d'un accident</b>	Couverte	
<b>Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, iléostomie ou urostomie</b>	Couvertes	
<b>Physiothérapie</b>	Couverte	
<b>Ambulance</b>	Couverte	
<b>Frais normalement payables par la RAMQ</b> pour un adhérent ou une adhérente en attente de sa couverture auprès de la RAMQ (au Québec seulement)	Frais en cas d'urgence : 100 % Autres frais : 80 %	
<b>Chiropraticien, podiatre, acupuncteur, diététiste ou ergothérapeute</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 750 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes + 50 \$ admissibles par année civile par personne assurée pour rayons X par un chiropraticien

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Psychologue, psychiatre ou psychanalyste</b>	Ne s'applique pas	80 % des premiers 600 \$ de frais admissibles et 50 % de l'excédent par personne assurée par année civile  Remboursement de 60 \$ par visite, remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes
<b>Orthophoniste ou audiologiste</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 500 \$ par année civile par personne assurée par spécialiste
<b>Thérapie pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie</b>	Ne s'applique pas	250 \$ admissibles par semaine et 4 semaines par thérapie, maximum 2 cures par 60 mois consécutifs (pour l'adhérent ou l'adhérente seulement)
<b>Orthèses podiatriques et chaussures orthopédiques</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 200 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces frais
<b>Appareil auditif</b>	Ne s'applique pas	600 \$ admissibles par 36 mois consécutifs par personne assurée

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Appareil diagnostique</b>	Ne s'applique pas	200 \$ admissibles par appareil et un appareil par 5 années consécutives par personne assurée
<b>Pompe à insuline</b>	Ne s'applique pas	5 000 \$ admissibles par 5 années consécutives par personne assurée

<b>Frais pour soins de la vue</b>		
	Ne s'applique pas	80 % des frais admissibles
<b>Examens de la vue</b>	Ne s'applique pas	40 \$ admissibles par 12 mois par personne assurée
<b>Verres de lunettes, montures de lunettes ou de lentilles cornéennes</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 100 \$ par 24 mois consécutifs par personne assurée
<b>Lentilles cornéennes (conditions médicales spéciales)</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 300 \$ par 24 mois consécutifs par personne assurée

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>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>Tous les frais à l'exception de l'orthodontie</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 3 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces frais
<b>Orthodontie</b>	Ne s'applique pas	Remboursement de 3 000 \$ par personne assurée pour la durée du contrat

<b>Frais admissibles</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Voyage</b>		
<b>Frais d'assurance voyage (incluant le service d'assistance voyage)</b>		100 %
<b>Frais d'assurance annulation de voyage</b>		100 %

**Tous les frais qui apparaissent en gris dans le tableau ci-dessus doivent être engagés suite à la recommandation du médecin traitant pour être considérés comme des frais admissibles.**

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### LE CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

Le contrat d'assurance collective regroupe deux (2) polices d'assurance offrant les protections suivantes :

#### Police n° E800

- Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident (participation obligatoire).
- Assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident, pour l'adhérent ou l'adhérente, son conjoint ou sa conjointe et ses enfants à charge (participation facultative).

#### Police n° 5185

- Assurance santé (participation obligatoire) offrant un régime de base et un régime élargi, au choix de l'adhérent ou de l'adhérente.

### DÉFINITIONS

**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.

**Adhérent ou adhérente** : employé ou employée qui a adhéré au régime en vertu des conditions d'admissibilité.

**Administrateur du régime** : Comité de gestion des assurances collectives (CGAC).

**Âge** : âge au dernier anniversaire de la personne assurée.

**Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

**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.

**Ceinture de sécurité :** les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.

**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.

**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).

**Contrat antérieur :** le contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur de ce contrat et couvrant certains adhérents ou certaines adhérentes et leurs personnes à charge, s'il y a lieu.

**Date normale de la retraite :** le jour qui coïncide avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente.

**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.

**Employé ou employée** : 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 responsable ou une responsable de formation pratique, ou un chargé 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;
- e) un employé régulier ou une employée régulière d'un syndicat ou d'une association de professeurs et professeures de l'Université Laval.

**Employeur :** Université Laval ou le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).

**En fonction :** état d'un employé ou d'une employée qui remplit ses fonctions pour l'employeur et reçoit un traitement annuel.

**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.

**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.

**Grossesse :** la grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement ou fausse-couche ainsi que les complications qui peuvent en résulter.

**Hémiplégie :** la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

**Hospitalisation :** occupation d'une chambre d'un centre hospitalier, repas compris, à titre de patient alité.

**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.

**Invalidité** : état ou condition résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux.

**Invalidité totale** : état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un avortement thérapeutique qui, pendant les 30 premiers mois d'invalidité, empêche régulièrement l'adhérent ou l'adhérente de vaquer aux fonctions usuelles de son emploi. Par la suite, cet état doit empêcher l'adhérent ou l'adhérente d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle il ou elle est raisonnablement apte en vertu de son éducation, de sa formation et de son expérience. L'adhérent ou l'adhérente peut être appelé(e) à fournir, sur demande de l'assureur, la preuve de son invalidité totale et de la continuation de son invalidité totale.

**Maladie** : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent régime, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

**Médecin** : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine dans la région où les soins médicaux sont donnés.

**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.

**Membre de la proche famille** : le conjoint, la conjointe, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la soeur de la personne assurée.

**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.

**Même période d'invalidité totale** : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident séparées par une période de moins de 180 jours pendant lesquels l'adhérent ou l'adhérente n'a pas été totalement invalide. Toute invalidité totale qui résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

**Non-fumeur** : personne qui n'a pas fait usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 mois qui ont immédiatement précédé le moment de la déclaration signée.

**Paraplégie** : la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

**Personnes à charge** : le conjoint ou la conjointe et les enfants à charge de l'adhérent ou de l'adhérente, 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 l'adhérente ou son conjoint ou sa conjointe 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 ou conjointe, 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 l'adhérente ou son conjoint ou sa conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

- c) est majeure, sans conjoint ou conjointe, 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 d'adhérente ou de conjoint ou de conjointe d'un adhérent ou d'une adhérente, exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.
- **Conjoint ou conjointe** : 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 ou l'adhérente par les liens du mariage ou de l'union civile;
  - b) vit maritalement avec l'adhérent ou l'adhérente, 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 ou l'adhérente, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe et a eu un enfant avec lui ou elle et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

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

- a) le conjoint ou la conjointe admissible qui a été le dernier ou la dernière à être désigné(e) comme tel(le) par un avis écrit de l'adhérent ou de l'adhérente à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du présent régime;
- b) le conjoint ou la conjointe à qui l'adhérent ou l'adhérente est uni(e) par les liens du mariage ou de l'union civile.

**Personne assurée** : l'adhérent ou l'adhérente, son conjoint ou sa conjointe et ses enfants à charge assurés en vertu du présent régime.

**Perte d'un bras** : le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

**Perte d'un doigt** : le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

**Perte d'un pied** : le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

**Perte d'une main** : le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

**Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole** : la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

**Perte d'une jambe** : le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

**Perte du pouce** : le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

**Perte de tous les orteils** : le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils.

**Perte de l'usage** : la perte totale de l'usage qui a été continue pendant 12 mois consécutifs depuis la date de l'accident et qui est irréversible.

**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.

**Preneur** : Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval.

**Quadriplégie** : la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

**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.

**Salaire** : salaire de l'adhérent ou de l'adhérente déterminé par l'échelon qu'il ou elle occupe dans l'échelle des salaires ajusté selon le régime d'emploi. Le salaire exclut les montants versés en rémunération du temps supplémentaire fourni et les suppléments versés pour cours spéciaux, d'été, du soir ou autres de même nature ainsi que les différents bonis qui peuvent être accordés de temps à autre pour services occasionnels ou pour toute autre raison.

**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.

**Traitement** : ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même journée par une même catégorie de professionnels de la santé.

**Transport public** : déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

**Véhicule** : une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

**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.

## **ADMISSIBILITÉ**

- 1) Tout employé ou employée non retraité(e) est admissible à l'assurance à la première des dates suivantes :
  - a) à la date d'entrée en vigueur de ces polices si à cette date il ou elle 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 ou professeure assuré(e) en vertu des contrats antérieurs, mais en année d'étude et de recherche au moment de l'entrée en vigueur de ces polices, est présumé(e) assuré(e) selon la protection prévue en vertu du régime actuel qui correspond le mieux à celle qu'il ou elle détenait immédiatement avant l'entrée en vigueur des présentes polices.

Toutefois, celui-ci ou celle-ci peut, à son retour au travail, modifier son assurance ou demander de l'assurance pour son conjoint ou ses enfants à charge 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 à la section **CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION ET CHANGEMENT DE RÉGIME POUR L'ASSURANCE SANTÉ** de la présente brochure s'appliqueront.

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

## **PARTICIPATION À L'ASSURANCE VIE**

Les spécifications relatives à la participation à l'assurance vie sont les suivantes :

**Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident :** la participation à l'assurance est obligatoire pour tout employé ou employée qui remplit les conditions d'admissibilité.

**Assurance vie supplémentaire de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident :** la participation à l'assurance est facultative.

**Assurance vie supplémentaire du conjoint ou de la conjointe et des enfants à charge incluant l'assurance en cas de mutilation par accident :** la participation à l'assurance est facultative.

Les personnes à charge couvertes en vertu du régime d'assurance vie supplémentaire incluant la mutilation par accident 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.**

## **PARTICIPATION À L'ASSURANCE SANTÉ**

La participation est obligatoire pour tout employé ou employée admissible de même que pour ses personnes à charge, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. L'assurance santé offre deux (2) régimes, le Régime de base et le Régime élargi, au choix de l'adhérent ou de l'adhérente.



**Personnes à charge** : la participation au régime comportant l'assurance médicaments est obligatoire pour les personnes à charge d'un adhérent ou d'une adhérente résidant au Québec si celles-ci ne sont pas couvertes en vertu d'un régime privé leur procurant une protection d'assurance médicaments.

**Personne assurée âgée de 65 ans ou plus (adhérent ou adhérente ou conjoint ou conjointe)** : 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 :

- 1) de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments et assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
- 2) d'annuler son inscription au régime public québécois d'assurance médicaments et de demeurer assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
- 3) 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<sup>e</sup> 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.

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

## **Choix de statut de protection**

La protection individuelle est offerte à l'employé ou l'employée qui n'a aucune personne à charge admissible ou dont les personnes à charge sont déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.

Les choix offerts à l'employé ou à l'employée afin de couvrir ses personnes à charge en vertu de l'assurance santé sont les suivants :

- 1) employé ou employée et enfant(s) à charge : protection monoparentale;
- 2) employé ou employée, conjoint ou conjointe et enfant(s) à charge : protection familiale.

Les personnes à charge couvertes en vertu du régime d'assurance santé 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.**

## **DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE**

### **Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident**

Tout employé ou employée admissible à l'assurance vie de base doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il ou elle y devient admissible.

### **Assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident**

L'employé ou l'employée qui désire s'assurer ou assurer l'une de ses personnes à charge en vertu de l'assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident doit remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour lui-même ou elle-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sauf dans les situations énumérées ci-après :

## **Employé ou employée**

Si l'employé ou l'employée présente sa demande dans les 31 jours qui suivent l'un des événements ci-dessous, aucune preuve d'assurabilité n'est requise :

- 1) à la date de son admissibilité, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois son salaire;
- 2) à la date d'admissibilité d'un conjoint ou d'une conjointe à l'assurance santé à la suite d'un mariage ou d'une cohabitation, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois son salaire;
- 3) à la date d'admissibilité d'un enfant à charge à l'assurance santé, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois son salaire.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder trois (3) fois le salaire annuel de l'employé ou de l'employée.

Par ailleurs, à la date d'entrée en vigueur du présent contrat, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'employé ou l'employée qui prouve qu'il ou elle était assuré(e) en vertu des contrats antérieurs immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, jusqu'à concurrence du montant d'assurance détenu par cet employé ou cette employée en vertu des contrats antérieurs. Dans ce cas précis, le maximum de trois (3) fois le salaire de l'employé ou de l'employée pour le montant d'assurance sans preuve ne s'applique pas.

## **Conjoint ou conjointe**

Si la demande d'assurance du conjoint ou de la conjointe est présentée dans les 31 jours qui suivent l'un des événements ci-dessous, aucune preuve d'assurabilité n'est requise :

- 1) à la date d'admissibilité de l'adhérent ou l'adhérente, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 10 000 \$;
- 2) à la date d'admissibilité d'un enfant à charge à l'assurance santé, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 10 000 \$.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder trois (3) tranches de 10 000 \$.

### **Enfant à charge**

Si la demande d'assurance pour un enfant à charge est présentée dans les 31 jours qui suivent l'un des événements ci-dessous, aucune preuve d'assurabilité n'est requise :

- 1) à la date d'admissibilité d'un adhérent ou adhérente, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 5 000 \$;
- 2) à la naissance ou à l'adoption d'un premier enfant, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 5 000 \$. Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent ou d'une adhérente dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour la somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder une (1) tranche de 5 000 \$.

## **DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE SANTÉ ET DROIT D'EXEMPTION**

### **Employé ou employée**

Tout employé ou employée admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il ou elle y devient admissible. L'employé ou l'employée doit signifier son choix quant au régime qu'il ou elle désire en vertu de l'assurance santé, à défaut de quoi le Régime élargi sera accordé d'office. Il ou elle 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.

Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, l'employé ou l'employée sera assuré d'office en vertu du Régime élargi avec un statut de protection individuel. Si l'employé ou l'employée désire changer de régime, il ou elle ne pourra le faire qu'au 1<sup>er</sup> juin ou au 1<sup>er</sup> décembre qui suit la date d'adhésion.

L'adhérent ou l'adhérente peut changer son statut de protection en remplissant une nouvelle demande d'adhésion. Tout changement de statut de protection doit tenir compte des règles prévues à la section **CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION ET CHANGEMENT DE RÉGIME POUR L'ASSURANCE SANTÉ** de la présente brochure.

### **Personne à charge**

Tout employé ou employée 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.

Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, l'employé ou l'employée doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur à l'égard de cette personne à charge, sauf pour l'assurance des médicaments qui prendra effet à la date de la demande. Tout changement de statut de protection doit tenir compte des règles prévues à la section **CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION ET CHANGEMENT DE RÉGIME POUR L'ASSURANCE SANTÉ** de la présente brochure.

Nonobstant ce qui précède, pour l'adhérent ou l'adhérente qui est déjà couvert(e) 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 ou d'une nouvelle conjointe pour l'adhérent ou l'adhérente qui détient déjà une protection familiale.

## **Droit d'exemption**

Un employé ou une employée 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 ou elle établisse que lui-même ou elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Si l'employé ou l'employée est exempté(e) de s'assurer ou d'assurer ses personnes à charge, le cas échéant, en raison de l'existence d'une autre assurance, l'exemption prend fin en même temps que prend fin cette autre assurance et l'employé ou l'employée doit alors remplir une demande d'adhésion pour lui-même ou elle-même ou 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 ou elle doit prouver qu'il ou elle était assuré(e), de même que ses personnes à charge, en vertu d'un régime d'assurance collective offrant des protections semblables. Enfin, il ou elle doit maintenir sa participation au régime d'assurance collective pendant une période minimale de 36 mois; étant entendu que les dispositions concernant le changement de régime et celles concernant le changement de statut de protection continuent de s'appliquer.

## **DÉBUT DE L'ASSURANCE**

L'assurance de tout employé ou employée admissible ou de toute personne à charge admissible entre en vigueur, si l'employé ou l'employée est alors au travail ou l'était le dernier jour où il ou elle devait normalement l'être, aux dates suivantes :

### **Assurance vie de base de l'adhérent ou de l'adhérente incluant l'assurance en cas de mutilation par accident**

À la date d'entrée en service de l'employé ou de l'employée.

### **Assurance vie supplémentaire de l'adhérent ou de l'adhérente ou des personnes à charge incluant l'assurance en cas de mutilation par accident**

- 1) à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu;

- 2) lorsqu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'employé ou l'employée ou la personne à charge et que la demande est présentée dans les 31 jours qui suivent l'un des événements mentionnés à la section **DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE**, l'assurance entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :
- a) la date d'admissibilité de l'employé ou de l'employée ou de la personne à charge;
  - b) la date de l'événement.

### **Assurance santé**

#### **Employé ou employée :**

À sa date d'entrée en service.

#### **Personne à charge :**

À la même date que celle de l'employé ou l'employée ou la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance si la demande parvient à l'assureur dans les 31 jours qui suivent cette date.

Si la demande d'adhésion est reçue plus de 31 jours après la date à laquelle la personne à charge devient admissible, l'assurance prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, sauf pour l'assurance des médicaments qui prend effet à la date de la demande.

Dans tous les cas, si l'employé ou l'employée n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il ou elle devient assuré(e) le jour où il ou elle retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

## **CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION ET CHANGEMENT DE RÉGIME POUR L'ASSURANCE SANTÉ**

### **Changement de statut de protection**

L'adhérent ou l'adhérente peut changer son statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) seulement le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> 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 :

- 1) mariage;
- 2) début d'admissibilité d'un conjoint ou d'une conjointe;
- 3) décès d'un conjoint ou d'une conjointe;
- 4) naissance ou adoption d'un enfant à charge;
- 5) décès d'un enfant à charge;
- 6) fin d'admissibilité d'une personne à charge;
- 7) lorsque le conjoint ou la conjointe acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur.

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.

L'adhérent ou l'adhérente couvert(e) 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. 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<sup>er</sup> juin ou au 1<sup>er</sup> décembre ne s'applique pas.



Aucun remboursement rétroactif de prime n'est accordé à l'adhérent ou à l'adhérente 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 qui justifie cette modification.

### **Changement de régime**

Tout changement de régime (Régime de base au Régime élargi ou Régime élargi au Régime de base) ne peut se faire que le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année. La demande doit être faite par écrit auprès de l'administrateur du régime au plus tard le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre.

Cependant, le changement du Régime élargi au Régime de base ne peut se faire que le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre **qui suit au moins 36 mois de participation au Régime élargi.**

### **MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE D'ASSURANCE VIE DE BASE CONSÉCUTIVE À UN CHANGEMENT DE SALAIRE**

- 1) Toute augmentation ou diminution de la somme assurée d'assurance vie de base par suite d'un changement de salaire annuel de l'adhérent ou de l'adhérente entre en vigueur à la date d'effet du changement pourvu que l'adhérent ou l'adhérente ne soit pas totalement invalide depuis plus de 180 jours, sinon à la date de son retour effectif au travail.

Dans le cas d'ajustements salariaux rétroactifs découlant de modifications apportées à une convention collective ou autres conditions collectives de travail, le nouveau salaire entre en vigueur à la date indiquée dans l'avis du Preneur à l'assureur, étant entendu qu'aucune prime ne sera perçue sur l'ajustement rétroactif de salaire et qu'aucun ajustement ne sera apporté aux prestations d'assurance vie déjà versées.

- 2) Lorsque le décès ou la mutilation ouvrant droit à des prestations survient alors que l'adhérent ou l'adhérente est totalement invalide depuis plus de 180 jours, les montants d'assurance qui s'appliquent sont basés sur le salaire annuel qui était en vigueur à la date du début de la période d'exonération de la prime au cours de laquelle survient le décès ou la mutilation.

## **MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE D'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE**

L'adhérent ou l'adhérente qui désire augmenter sa somme assurée ou celle de ses personnes à charge assurées doit remplir une demande d'adhésion et fournir les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, sous réserve toutefois des dispositions contenues à la section **DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE** de la présente brochure.

Toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- 1) à la date du changement si l'adhérent ou l'adhérente est alors au travail, ou s'il ou elle l'était le dernier jour où il ou elle devait normalement l'être;
- 2) à la date de son retour au travail;
- 3) à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.

Il est toutefois entendu qu'aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

## **EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ**

Lorsqu'un adhérent ou une adhérente devient totalement invalide, son assurance vie, de même que celle de ses personnes à charge assurées, 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 ou l'adhérente est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- 2) la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente 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 ou l'adhérente cesse d'être un employé ou une employée de l'Université Laval pour l'assurance santé;
- 4) la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance vie et l'assurance en cas de mutilation par accident seulement;
- 5) la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente prend sa retraite;
- 6) la date de la fin du contrat, pour l'assurance en cas de mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente ou des personnes à charge.

## **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 ou l'employée peut demeurer assuré(e) en vertu de l'ensemble des garanties pourvu qu'il ou elle acquitte d'avance la prime totale requise.

## **FIN DE L'ASSURANCE**

L'assurance de tout adhérent ou adhérente prend fin 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 ou cette adhérente;

- 3) la date à laquelle il ou elle cesse d'être un employé ou une employée;
- 4) la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente atteint l'âge de 71 ans, pour l'ensemble des garanties du régime à l'exclusion de l'assurance santé 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'adhérent ou l'adhérente prend sa retraite;
- 6) relativement à l'assurance santé, la date de réception par l'administrateur du régime de l'avis écrit de l'adhérent ou de l'adhérente demandant l'exemption au régime;
- 7) relativement à l'assurance santé, la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente devient assuré(e) en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime;
- 8) relativement à l'assurance vie supplémentaire incluant la mutilation par accident, la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente demande d'y mettre fin.

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

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent ou de l'adhérente;
- 3) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;
- 5) pour le conjoint ou la conjointe, la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente atteint l'âge de 71 ans, pour l'ensemble des garanties du régime à l'exclusion de l'assurance santé qui demeure en vigueur selon les modalités applicables à cette garantie en ce qui concerne la prime, la franchise et le pourcentage de remboursement;

- 6) relativement à l'assurance santé, la date de réception par l'administrateur du régime de l'avis écrit de l'adhérent ou de l'adhérente demandant l'exemption au régime;
- 7) relativement à l'assurance santé, la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge devient assuré(e) en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime;
- 8) relativement à l'assurance vie supplémentaire des personnes à charge, incluant la mutilation par accident, la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente demande d'y mettre fin;
- 9) la date à laquelle l'adhérent ou l'adhérente demande à l'administrateur du régime de cesser de couvrir ses personnes à charge (aucun remboursement de prime n'est accordé rétroactivement si la demande à l'administrateur est postérieure à la date à laquelle une personne à charge cesse d'être admissible).

## **DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE**

### **Adhérent ou adhérente**

Pendant que le contrat est en vigueur, tout adhérent ou adhérente dont l'assurance vie de base ou l'assurance vie supplémentaire prend fin parce qu'il ou elle quitte son emploi ou prend sa retraite, a le droit d'obtenir sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou un contrat individuel d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans, aux taux et conditions alors en vigueur chez l'assureur. La demande doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 31 jours de la fin de son assurance.

### **Personne à charge**

Les personnes à charge peuvent également se prévaloir du droit de transformation lorsque leur assurance prend fin, soit par suite du décès de l'adhérent ou de l'adhérente, soit par suite de la fin de l'assurance de l'adhérent ou de l'adhérente, soit parce qu'elles cessent d'être admissibles à l'assurance. La demande doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 31 jours de la fin de l'assurance de la personne à charge.

## **PROLONGATION DE L'ASSURANCE**

- 1) Lorsque l'assurance santé d'un adhérent ou d'une adhérente se termine parce qu'il ou elle cesse d'être un employé ou une employée 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 l'adhérente 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 ou l'adhérente 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 ou de l'adhérente;
  - b) la date de la fin du voyage en cours.

## **LIMITATIONS GÉNÉRALES**

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par les régimes décrits dans le présent document, les dispositions de ces régimes 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 des régimes 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.

## **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(e) 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 assurance.

**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.

## **BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE**

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent ou l'adhérente peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'administrateur du régime. En l'absence de toute désignation faite par l'adhérent ou l'adhérente, tout montant payable au décès d'un adhérent ou d'une adhérente est versé à ses héritiers légaux. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

La somme assurée payable au décès du conjoint assuré ou de la conjointe assurée est versée à l'adhérent ou l'adhérente, s'il ou elle est vivant(e). Si l'adhérent ou l'adhérente est décédé(e), elle est versée aux héritiers légaux du conjoint ou de la conjointe.

La somme assurée payable au décès d'un enfant à charge assuré est versée à l'adhérent ou l'adhérente, s'il ou elle est vivant(e). Si l'adhérent ou l'adhérente est décédé(e), elle est versée au conjoint ou à la conjointe de l'adhérent ou de l'adhérente et, si ce dernier ou cette dernière est aussi décédé(e), elle est versée aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

Le montant de protection contre la mutilation accidentelle payable pour une perte autre que celle de la vie est réservé à l'adhérent ou à l'adhérente.

L'assureur et l'administrateur du régime n'assument aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.



## DESCRIPTION DES GARANTIES

### ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT OU DE L'ADHÉRENTE INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT

L'assurance vie de base et l'assurance en cas de mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente prévoient le paiement d'une somme assurée selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

#### Somme assurée au décès de l'adhérent ou de l'adhérente

La somme assurée payable au décès de l'adhérent ou de l'adhérente est égale à deux (2) fois son salaire annuel.

#### Réduction de la somme assurée

Au 46<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente, et à chaque anniversaire de naissance par la suite, le montant assuré correspond aux pourcentages, tels qu'indiqués ci-après, de la somme assurée déterminée au paragraphe précédent, de telle sorte que le montant d'assurance devienne égal à une (1) fois son salaire annuel au moment où l'adhérent ou l'adhérente atteint son 60<sup>e</sup> anniversaire de naissance et demeure inchangé par la suite :

Âge	Pourcentage
45	100 %
46	97 %
47	94 %
48	90 %
49	87 %
50	84 %
51	80 %
52	77 %
53	74 %
54	70 %
55	67 %

Âge	Pourcentage
56	64 %
57	60 %
58	57 %
59	54 %
60	50 %

### **Somme assurée en cas de mutilation par accident**

- 1) Lorsqu'un adhérent ou une adhérente subit, après le début de son assurance, l'une des pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** ci-après, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer un montant égal au pourcentage de la somme assurée payable en vertu de l'assurance vie de base en vigueur, selon ce qui est indiqué au **TABLEAU DES PERTES** ci-après :

#### **TABLEAU DES PERTES**

<b><u>Perte ou perte de l'usage</u></b>	<b><u>Montant versé</u></b>
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	100 %
Perte d'une main ou d'un pied	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	50 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
Perte des quatre (4) doigts d'une main	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %

## 2) Réadaptation

Si l'adhérent ou l'adhérente, alors qu'il ou elle est couvert(e) par la présente garantie, subit une perte pour laquelle un certain montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$, pourvu

- a) qu'une telle formation soit rendue nécessaire à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent ou à l'adhérente d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il ou elle n'aurait pas exercée n'eût été son incapacité, et
- b) que les frais aient été engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident.

## 3) Ceinture de sécurité

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

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

## **Exclusions relatives à la somme assurée en cas de mutilation par accident**

- 1) L'assureur ne verse pas de prestations si la perte est subie :
  - a) lorsque l'adhérent ou l'adhérente exerce une fonction de membre d'équipage d'aéronef;

- b) en raison d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
  - c) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;
  - d) à la suite d'automutilation volontaire que l'adhérent ou l'adhérente soit sain(e) d'esprit ou non;
  - e) à la suite d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - f) à la suite d'une participation à un acte criminel ou à un attentat quelconque.
- 2) L'assureur ne paie pas la somme assurée en cas d'accident si l'accident qui entraîne la perte survient lorsque l'adhérent ou l'adhérente conduit un véhicule motorisé, s'il ou elle est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède alors la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada.
- 3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, aucun remboursement n'est effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
- 4) L'adhérent ou l'adhérente qui subit, dans le même accident, plusieurs des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES** peut recevoir plusieurs indemnités. Toutefois, le montant total des indemnités pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident ne peut dépasser 100 % de la somme assurée payable en vertu de l'assurance vie, exclusion faite des cas de paraplégie, de quadriplégie ou d'hémiplégie pour lesquels les prestations payables ne peuvent dépasser 200 % de la somme assurée payable en vertu de l'assurance vie.

- 5) Pour que l'adhérent ou l'adhérente ait droit au montant additionnel en cas d'accident d'automobile, ainsi qu'il est indiqué à la partie CEINTURE DE SÉCURITÉ, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

## **ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT**

Au décès d'un adhérent ou d'une adhérente, d'un conjoint ou d'une conjointe assuré(e) ou d'un enfant à charge assuré, l'assurance vie supplémentaire et l'assurance en cas de mutilation par accident supplémentaire prévoient le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

### **Somme assurée**

▪ **Adhérent ou adhérente :**

1 à 5 fois le salaire annuel, au choix de l'adhérent ou de l'adhérente.

▪ **Conjoint ou conjointe :**

Par tranche de 10 000 \$, maximum de 10 tranches, au choix de l'adhérent ou de l'adhérente.

▪ **Enfant à charge :**

Par tranche de 5 000 \$, maximum de 5 tranches, au choix de l'adhérent ou de l'adhérente. (Le nombre de tranches choisi s'applique à chaque enfant.)

**Note :** *L'assurance prend fin à la date à laquelle l'enfant à charge ne répond plus à la définition d'enfant à charge indiquée à la section DÉFINITIONS de la présente brochure. Toute annulation doit être signifiée à l'administrateur du régime (aucun remboursement de prime n'est accordé rétroactivement si la demande à l'administrateur est postérieure à la date à laquelle une personne à charge cesse d'être admissible).*

### **Limitation relative à l'assurance vie supplémentaire**

Toute fausse déclaration faite dans le but de profiter des primes réduites offertes aux non-fumeurs entraînera une réduction du montant de la prestation au prorata des primes d'un adhérent ou d'une adhérente non fumeur(se) par rapport à celles d'un adhérent ou d'une adhérente fumeur(se).

La responsabilité de déclarer le changement de statut de fumeur ou de non fumeur incombe à l'adhérent.

### **Somme assurée en cas de mutilation par accident**

L'assurance supplémentaire en cas de mutilation par accident prévoit le paiement d'un certain pourcentage de l'assurance vie supplémentaire de l'adhérent ou de l'adhérente, du conjoint ou de la conjointe assuré(e) ou d'un enfant à charge assuré, si l'un de ceux-ci subit l'une des pertes mentionnées au **TABLEAU DES PERTES** de l'assurance en cas de mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente. De plus, toutes les modalités et exclusions de l'assurance en cas de mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente s'appliquent également à l'assurance supplémentaire en cas de mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente, du conjoint ou de la conjointe et des enfants à charge.

## **ASSURANCE SANTÉ**

L'assurance santé se compose de deux (2) régimes, le Régime de base et le Régime élargi.

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.

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.

**Les exclusions applicables à l'ensemble des garanties de l'assurance santé sont décrites à la fin de la présente section.**

### **1) Franchises et pourcentages 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 mentionnée 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.

<b>Tableau A : Franchises</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais hospitaliers au Québec</b>	Aucune franchise	Aucune franchise
<b>Frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais</b>	<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"> <li>• 175 \$ par protection individuelle</li> <li>• 280 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 420 \$ par protection familiale</li> </ul>	<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"> <li>• 50 \$ par protection individuelle</li> <li>• 80 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 120 \$ par protection familiale</li> </ul>
<b>Frais d'assurance soins de la vue</b>	Ne s'applique pas	Aucune franchise



<b>Tableau A : Franchises</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais d'assurance soins dentaires</b>	Ne s'applique pas	50 \$ par protection individuelle 80 \$ par protection monoparentale 120 \$ par protection familiale
<b>Frais d'assurance voyage</b>	Aucune franchise	Aucune franchise
<b>Frais d'assurance annulation de voyage</b>	Aucune franchise	Aucune franchise

<b>Tableau B : Pourcentages de remboursement</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais hospitaliers au Québec</b>	100 %	100 %

<b>Tableau B : Pourcentages de remboursement</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais de médicaments</b>	1) Médicaments génériques : 80 %* 2) Médicaments d'origine (médicaments de marque) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 %* du prix du médicament d'origine (médicament de marque) s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché</li> <li>• 80 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché</li> </ul> <p>* 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.</p>	
<b>Frais paramédicaux et autres frais</b>	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 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
<b>Frais d'assurance soins de la vue</b>	Ne s'applique pas	80 % des frais admissibles

<b>Tableau B : Pourcentages 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 %
<b>Frais normalement payables par la RAMQ pour un adhérent ou une adhérente en attente de sa couverture auprès de la RAMQ (au Québec seulement)</b>	Frais en cas d'urgence : 100 % Autres frais : 80 %	

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

Lorsqu'un adhérent ou une adhérente engage des **frais hospitaliers au Québec**, pour lui-même ou elle-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 ou elle a droit au remboursement de ces frais, 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 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 ou une adhérente engage des frais de médicaments admissibles pour lui-même ou elle-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 ce qui est indiqué ci-après :

- Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de l'adhérente 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 ou de l'adhérente. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

#### FRAIS ADMISSIBLES

- a) Les médicaments et autres produits que le régime public québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard de l'adhérent ou de l'adhérente, de son conjoint ou de sa conjointe 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;

- émollients 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 ou une adhérente engage des frais pour les fournitures ou services admissibles décrits ci-après, pour lui-même ou elle-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 suivantes :

- Les frais admissibles énumérés de a) à f) inclusivement doivent être engagés sur recommandation médicale.
- Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de l'adhérente 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.

#### **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 :**
    - **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 le présent régime.
- 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 ou une adhérente couvert(e) par le Régime d'assurance maladie du Québec engage des frais à l'extérieur du Québec pour lui-même ou elle-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 ou une adhérente non couvert(e) par le Régime d'assurance maladie du Québec engage des frais médicaux au Québec, pour lui-même ou elle-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 régime. **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 ou une adhérente engage des frais pour les fournitures ou services admissibles décrits ci-après, pour lui-même ou elle-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 suivantes :

- Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de l'adhérente 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.

### **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 précédemment ne doivent pas être remboursables dans le cadre d'un programme gouvernemental. **Ces frais sont remboursés à 80 % des premiers 600 \$ de frais admissibles et 50 % de l'excédent par personne assurée par année civile.**
- 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(e) l'adhérent ou l'adhérente 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 ou de l'adhérente**. L'absence au travail ou l'invalidité de l'adhérent ou de l'adhérente 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 ou une adhérente engage des frais admissibles pour des soins de la vue, pour lui-même ou elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais énumérés ci-dessous :

- 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 ou une adhérente engage des frais de soins dentaires pour lui-même ou elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés pour tout service indiqué ci-après :

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.

### Frais admissibles

- 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 %.**

### **Exclusions applicables à l'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 ou de l'adhérente tel que prévu au paragraphe j) des FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS 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 ou l'adhérente;
- 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 ou l'adhérente est assuré(e) 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 aux FRAIS PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS des Régimes de base et élargi.*

**En aucun cas les exclusions du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux en termes de prestations que le régime public québécois d'assurance médicaments.**

## **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.

### **Information importante**

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés d'urgence, c'est-à-dire à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenus au cours du voyage.

Si la personne assurée est déjà porteuse d'une maladie connue avant le départ, elle doit s'assurer que son état de santé est stable.

**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.

En cas de doute quant à son état de santé, il est recommandé que la personne assurée communique avec le Centre de contact avec la clientèle de l'assureur quelques semaines avant le départ pour valider sa situation.

### **Frais admissibles**

- 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 de frais hospitaliers des régimes de base ou élargi de l'assurance santé.
  - 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 l'assurance santé, 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.

#### **LE SERVICE VOYAGE-ASSISTANCE**

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.

Le service Voyage-Assistance est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

*En cas d'urgence médicale, avant d'engager des frais, il est recommandé de communiquer immédiatement avec Voyage-Assistance à l'un des numéros suivants :*

---

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

---

### **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;
- 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 émis 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.

## **9) 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 ou l'adhérente d'obtenir le remboursement des frais qu'il ou elle a payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'il ou elle 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, après 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 la section **DÉFINITIONS** de la présente brochure;
- 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 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, 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;
- 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 :

- 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);

- 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.

## **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 une région pour lesquels le gouvernement du Canada avait 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 émis 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;
- 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.



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.

## **DEMANDES DE PRESTATIONS**

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Les formulaires sont disponibles auprès de l'administrateur du régime ou sur le site Internet de l'assureur au [desjardinsassurancevie.com](http://desjardinsassurancevie.com). Les formulaires sont également disponibles sur le site sécurisé à l'intention des adhérents, dans la section Formulaires.

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

Tout paiement prévu en vertu du présent 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 ou à l'adhérente.

## **Décès ou mutilation**

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

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

## **Assurance santé**

### 1) En cas de frais d'accident-maladie

L'assureur recommande à l'adhérent ou à l'adhérente 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'adhérent ou l'adhérente devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

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

Pour 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

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.

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.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

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

## **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.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,  
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec)  
G6V 6R2**

Pour tout renseignement concernant une demande de prestations d'assurance santé, de soins dentaires, d'assurance voyage ou d'annulation de voyage, ou pour demander une nouvelle carte de paiement, veuillez communiquer avec notre centre de contact avec la clientèle aux numéros suivants :

**Région de Québec : (418) 838-7843**

**Autres régions : 1 (800) 463-7843 (sans frais)**

Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante : [servicecollectif@dsf.ca](mailto:servicecollectif@dsf.ca)

# Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

[desjardinsassurancevie.com](http://desjardinsassurancevie.com)



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins  
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

