



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Valoriser l'essentiel

Contrat 9995
Fédération autonome de l'enseignement
Régime modifié le 1^{er} janvier 2014

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

administré par



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine



Contrat 9995

Fédération autonome de l'enseignement

Régime modifié le 1^{er} janvier 2014

Avec la collaboration de



IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du responsable de groupe chez le Preneur.



100 %

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	5
1. Définitions	5
2. Admissibilité	9
3. Participation	9
4. Entrée en vigueur des régimes	11
5. Droit d'exemption	13
6. Changement de protection	14
7. Changement de régime d'assurance maladie	16
8. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	17
9. Renouvellement de contrat	20
10. Transformation	22
11. Exonération des primes en cas d'invalidité totale	23
12. Bénéficiaire	25
13. Fin de l'assurance de la personne adhérente	25
14. Fin de l'assurance des personnes à charge	27
15. Régimes disponibles pour les personnes retraitées	28
RÉGIMES D'ASSURANCE	29
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	29
Tableau des garanties	29
Description des garanties	38
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 –	
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE	51
Régime A ou Régime B	51
1. Définitions d'invalidité	51
2. Délai de carence	52
3. Période et montant de la prestation	52
4. Indexation	54
5. Programme de réadaptation	54
6. Exclusions et réduction	55
7. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	56

Renseignements
généraux

Régimes
d'assurance

Demande
de prestations

Assurance voyage

Assurance annulation
de voyage

La Capitale répond
à vos questions

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 – ASSURANCE VIE	57
1. Assurance vie de la personne adhérente	57
2. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge	58
3. Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	58
4. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	59
DEMANDE DE PRESTATIONS	61
Assurance maladie	
Médicaments – Service de paiement automatisé différé	61
Autres frais	61
Dépôt direct des prestations maladie	61
Assurance vie	62
Assurance invalidité	62
ASSURANCE VOYAGE	63
1. Frais couverts	64
2. Admissibilité aux prestations des régimes gouvernementaux	67
3. Affectation à l'extérieur de la province de résidence	67
4. Limitations	67
5. Exclusions	68
6. Demande de prestations	70
7. Coordination des prestations	70
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	71
1. Causes d'annulation ou d'interruption	71
2. Frais couverts	73
3. Frais maximums admissibles	75
4. Exclusions	75
5. Délais pour demander l'annulation	76
6. Coordination	76
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	77

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

ACCIDENT

Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.

ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

CENTRE HOSPITALIER

Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de la santé et des services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.

COMPAGNON DE VOYAGE

La personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ; ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

CONJOINT

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations

- i) est marié ou uni civilement à la personne adhérente ; ou
- ii) vit maritalement avec elle depuis 1 an, ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente ; ou

- iii) vit maritalement avec la personne adhérente et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- Un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et le conjoint dans le cas d'un mariage ;
- La séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait ;
- La dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si la personne adhérente a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), La Capitale reconnaîtra comme conjoint celui que la personne adhérente lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

ENFANT À CHARGE

L'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) Une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exerce l'autorité parentale ;
- ii) Une personne sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- iii) Une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans conjoint, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire maintient son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- Une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à La Capitale et acceptée par cette dernière avant le début du congé ;
- La demande doit indiquer la date du début de congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de la personne adhérente ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

Toute somme déboursée par la personne assurée pour elle-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par la personne assurée relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par la personne assurée relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

HOSPITALISATION

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où la personne assurée ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.

HÔTE À DESTINATION

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée selon une entente prévue à l'avance.

INVALIDITÉ TOTALE

Régime A

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication de grossesse et exigeant des soins médicaux continus et qui, pendant les 48 premiers mois, empêche la personne adhérente d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi ou de toute autre activité rémunératrice comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur et, après 48 mois, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement la personne adhérente d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle elle possède des

aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Régime B

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui exige des soins médicaux continus et qui, empêche la personne adhérente d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi ou de toute activité rémunératrice comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur.

MALADIE

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

PERSONNE ADHÉRENTE

Un employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du contrat.

PERSONNE ASSURÉE

Une personne adhérente ou l'une des personnes à sa charge et assurée en vertu de ce contrat.

PROCHE PARENT

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents, les petits enfants, le demi-frère et la demi-sœur de la personne assurée.

VOYAGE

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, nous entendons par « voyage » un voyage touristique ou d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 2 nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence ; est également considéré comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 2 nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

2. Admissibilité

L'employé qui fait partie de l'une des catégories suivantes est admissible à la date de son entrée en service à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date :

- Personnel enseignant (commissions scolaires);
- Personnel à l'emploi du syndicat;
- Toute autre personne membre du syndicat.

3. Participation

A – Régime d'assurance maladie – Obligatoire

Toute personne admissible au régime d'assurance maladie doit obligatoirement y participer à moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit au point 5.

La personne adhérente doit participer à l'un ou l'autre des trois (3) régimes d'assurance maladie suivants :

- Régime maladie 1
- Régime maladie 2

(la durée minimale de participation à ce régime est de 12 mois)

- Régime maladie 3

(la durée minimale de participation à ce régime est de 24 mois)

L'assurance des personnes à charge est obligatoire pour la garantie d'assurance maladie.

Pour la garantie d'**assurance maladie**, la personne adhérente ayant une ou des personnes à sa charge doit prendre une protection familiale. Toutefois, la personne adhérente peut prendre une protection monoparentale si elle n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.

IMPORTANT – LA PERSONNE ADHÉRENTE QUI ATTEINT L'ÂGE DE 65 ANS

Aucune modification n'est apportée à la couverture de la personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans. Cette dernière conserve l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie, y compris la garantie de médicaments, et ce, sans que la prime ne soit modifiée.

Toutefois, selon les règles de la RAMQ, la personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments. **Toute personne qui atteint l'âge de 65 ans doit donc se désengager de la RAMQ afin d'éviter de payer la prime relative au Régime général d'assurance médicaments.** La personne qui malgré tout maintient son inscription à la RAMQ peut cependant s'exempter de participer au régime collectif et adhérer au produit individuel 3995 offert par La Capitale pour la couverture des soins complémentaires.

B – Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée – Obligatoire

La participation au régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée est obligatoire à moins de se prévaloir du droit de renonciation décrit ci-après.

DROIT DE RENONCIATION

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

En plus des règles habituelles prévues au contrat (adhérent âgé de 63 ans, fin d'emploi, etc.), une personne peut refuser de participer ou terminer sa participation au régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- Participer exclusivement au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE) ;
- Participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 ans de service ou plus ;
- Être âgée de 53 ans et plus ;
- Être un membre d'une corporation professionnelle protégée en vertu d'un régime d'assurance invalidité de longue durée offert par cette corporation professionnelle en autant que cette protection soit équivalente à celle fournie par le présent régime ;
- Avoir signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux (2) ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ.

La personne qui désire se prévaloir du droit de renonciation doit faire parvenir à La Capitale, par l'entremise de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation au

régime d'assurance invalidité de longue durée » dûment rempli. Ce formulaire est disponible chez l'employeur.

Important : La personne qui se prévaut du droit de renonciation ne peut plus réintégrer le régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

C – Régime complémentaire 3 d'assurance vie

– PERSONNE ADHÉRENTE

La participation au régime d'assurance vie est obligatoire pour tout employé pour un montant de base de 10 000 \$ et facultative pour tout montant en excédent. Une demande d'adhésion à cet effet doit être transmise par écrit à l'Assureur. Toutefois, l'employé peut exercer son droit de retrait lors de l'adhésion initiale ou dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente en transmettant le formulaire prévu à cet effet à l'Assureur. Si la personne adhérente exerce son droit de retrait dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance, les primes payées sont alors remboursées rétroactivement.

– PERSONNES À CHARGE

La participation au régime d'assurance vie des personnes à charge est facultative et elle n'est pas conditionnelle à la participation au régime d'assurance vie de la personne adhérente.

4. Entrée en vigueur des régimes

Pour que la protection de chacun des régimes entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates spécifiées ci-dessous, l'employé doit être au travail ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi à cette date, sinon la protection prendra effet à la date effective du retour au travail.

A – Régime d'assurance maladie

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT REÇUE DANS LES 30 JOURS
SUIVANT LA DATE D'ADMISSIBILITÉ

Le régime choisi (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon la protection demandée (individuelle, monoparentale, familiale ou exemption).

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT REÇUE PLUS DE 30 JOURS APRÈS LA DATE D'ADMISSIBILITÉ

Le régime d'assurance maladie 1 est octroyé par défaut à l'employé, avec une protection individuelle à compter de la date d'admissibilité.

Si l'employé a demandé une protection monoparentale, familiale ou une exemption, la protection demandée est accordée dans le régime maladie 1 à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

Si l'employé a demandé de participer au régime maladie 2 ou maladie 3, l'obtention de ce régime est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale.

La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par La Capitale.

B – Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée

Le régime complémentaire 2 entre en vigueur dès que l'employé est admissible.

C – Régime complémentaire 3 d'assurance vie

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT REÇUE DANS LES 30 JOURS
SUIVANT UN DES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS :

- La date d'admissibilité* ;
- Le mariage ;
- La cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures d'adoption sont entreprises) ;
- La naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- Le décès du conjoint ;
- L'obtention d'un statut d'engagement régulier.

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur à compter de la date de l'événement.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT REÇUE PLUS DE 30 JOURS MAIS MOINS DE 180 JOURS APRÈS LES ÉVÈNEMENTS DÉCRITS PRÉCÉDEMMENT

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur à compter du 1^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT REÇUE PLUS DE 180 JOURS APRÈS LES ÉVÈNEMENTS DÉCRITS PRÉCÉDEMMENT

Tous les montants d'assurance vie demandés sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves.

* Note : Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), le délai s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

5. Droit d'exemption

Régime d'assurance maladie

A) EXEMPTION

Une personne peut refuser d'adhérer au régime d'assurance maladie ou cesser d'y participer, à la condition qu'elle établisse qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif comportant des prestations similaires. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et fournir la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption. L'exemption prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

La personne qui participe au régime maladie 2 ou maladie 3 peut s'exempter même si la période minimale de participation de 12 ou 24 mois n'est pas complétée.

Même si une personne est exemptée du régime d'assurance maladie, elle a l'obligation de participer au régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée doit également adhérer au régime complémentaire 3 d'assurance vie. Elle peut cependant exercer son droit de retrait, tel que stipulé au point 3C.

B) TERMINAISON D'EXEMPTION

La personne exemptée du régime d'assurance maladie qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime collectif peut réintégrer le régime d'assurance maladie. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et donner la raison de la terminaison de l'assurance ayant permis l'exemption.

- **Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.**

La personne peut alors choisir le régime qui lui convient (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) selon la protection désirée (individuelle, monoparentale ou familiale). La protection entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

- **Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption plus de 30 jours après la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.**

Le régime maladie 1 prend alors effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale, selon la protection désirée (individuelle, monoparentale ou familiale).

La participation au régime maladie 2 ou maladie 3 est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection en vertu de ces régimes prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par La Capitale.

6. Changement de protection

Augmentation de la protection

La personne adhérente peut augmenter sa protection d'une des façons suivantes :

- Modifier sa protection individuelle pour une protection monoparentale ou familiale ;
- Modifier sa protection monoparentale pour une protection familiale.

L'augmentation de protection ne peut se faire que lorsqu'il y a reconnaissance de nouvelles personnes à charge à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- Le mariage ;
- La cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises) ;
- La naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- La cessation de l'assurance du conjoint ou des enfants à charge.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et le faire parvenir à l'employeur.

A) SI L'EMPLOYEUR REÇOIT LA DEMANDE DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA DATE DE RECONNAISSANCE DE LA OU DES NOUVELLES PERSONNES À CHARGE.

La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement.

B) SI L'EMPLOYEUR REÇOIT LA DEMANDE PLUS DE 30 JOURS APRÈS LA DATE DE RECONNAISSANCE DE LA OU DES NOUVELLES PERSONNES À CHARGE.

i) Régime d'assurance maladie

La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

ii) Régime complémentaire 3 d'assurance vie (du conjoint et des enfants à charge)

Des preuves d'assurabilité sont requises et la nouvelle protection prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par La Capitale.

Réduction de la protection

La personne adhérente peut réduire sa protection d'une des façons suivantes :

- Modifier sa protection **familiale** pour une **protection monoparentale** ou **individuelle** ;
- Modifier sa protection **monoparentale** pour une protection **individuelle**.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et le faire parvenir à l'employeur.

La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, la personne adhérente doit protéger son conjoint et ses enfants à charge, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du régime d'assurance maladie, la protection détenue par la personne adhérente dans le régime choisi doit être conforme à l'exigence de la loi en cette matière. Ainsi toutes les personnes assurées doivent être protégées par le même régime d'assurance maladie.

7. Changement de régime d'assurance maladie

Augmentation du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut augmenter de régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- Changer le régime **maladie 1** pour le régime **maladie 2 ou maladie 3** ;
- Changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 3**.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et le faire parvenir à l'employeur.

A) SI L'EMPLOYEUR REÇOIT LA DEMANDE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN DES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS CI-APRÈS :

- Le mariage ;
- La cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises) ;
- La naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- La cessation de l'assurance du conjoint ou des enfants à charge ;
- L'obtention d'un statut d'engagement régulier.

Le nouveau régime demandé entre en vigueur à la date de l'événement.

B) SI L'EMPLOYEUR REÇOIT LA DEMANDE PLUS DE 30 JOURS APRÈS
LES ÉVÉNEMENTS DÉCRITS AU PARAGRAPHE PRÉCÉDENT.

L'obtention du nouveau régime d'assurance maladie est sujette à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par La Capitale.

Réduction du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut réduire de régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- Changer le régime **maladie 3** pour le régime **maladie 2 ou maladie 1** ;
- Changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 1**.

Important : La personne doit avoir complété la période minimale de participation de 12 mois au régime maladie 2 ou de 24 mois au régime maladie 3 avant d'effectuer une réduction du régime d'assurance maladie.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et le faire parvenir à l'employeur.

Le nouveau régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

8. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

Congé sans traitement

Une personne adhérente qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé sans traitement peut choisir l'une des deux options suivantes :

- Conserver l'ensemble des régimes détenus avant le congé sans traitement ;
- Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement.

Ce choix s'applique pour toute la durée du congé et aussi longtemps que la personne continue d'être admissible, pourvu qu'une demande écrite soit faite à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date du début de ce congé et que la prime totale soit payée.

Lorsque la protection en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée n'est pas maintenue, aucune invalidité survenant durant la période de suspension de la protection ne sera reconnue. Toute personne en congé sans traitement qui a choisi de ne conserver que le régime d'assurance maladie 1 se voit octroyer, à son retour effectif au travail, les protections qu'elle détenait avant son congé.

Congé partiel sans traitement ou retraite progressive

Lors d'un congé partiel sans traitement ou d'une retraite progressive, l'employé a l'obligation de conserver l'ensemble des régimes qu'elle détient.

La prime payable est établie sur la base du plein traitement que l'employé recevrait s'il ne bénéficiait d'aucune réduction de tâche. Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement qui s'appliquerait à l'employé à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale s'il ne bénéficiait d'aucune réduction de tâche.

Congé à traitement différé

Lors d'un congé à traitement différé, l'employé a l'obligation de conserver l'ensemble des régimes qu'il détient.

La prime payable est établie sur la base du plein traitement que l'employé recevrait s'il ne bénéficiait pas d'un congé à traitement différé. Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement qui s'appliquerait à l'employé à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale s'il ne bénéficiait pas d'un congé à traitement différé.

Retrait préventif ou congé de maternité

Lors d'un retrait préventif ou d'un congé de maternité avec rémunération, l'employée a l'obligation de conserver l'ensemble des régimes qu'elle détient.

La prime payable est établie sur la base du traitement qui s'applique immédiatement avant le retrait préventif ou le congé de maternité.

Une invalidité débutant pendant un retrait préventif ou un congé de maternité est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail ou à la date de fin du retrait préventif.

Mise à pied ou fin de contrat

Lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, la personne adhérente doit choisir l'une des deux options suivantes :

- Conserver l'ensemble des régimes détenus avant sa mise à pied ou la fin de son contrat ;
- Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement.

Le choix effectué s'applique pour une période maximale de 120 jours à compter de la date de la fin de protection* pourvu que l'employé fasse une demande écrite à son employeur dans les 30 jours suivant la date de sa mise à pied ou de fin de contrat et que la prime payable soit acquittée. Si à la fin de la période de 120 jours la personne adhérente n'a pas repris son emploi, la protection prend fin.

Lorsque la protection en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée n'est pas maintenue, aucune invalidité survenant durant la période de suspension ne sera reconnue.

* Note : Les enseignantes et enseignants des commissions scolaires terminant leur contrat au cours des mois de mai, juin, juillet et août voient leur protection maintenue jusqu'au 31 août. La période de 120 jours débute donc à compter du 1^{er} septembre.

Congédiement, non-réengagement, renvoi ou suspension

Dans les cas de suspension ainsi que dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contesté par grief, la personne adhérente doit choisir l'une des deux options suivantes :

- Conserver l'ensemble des régimes détenus. Toutefois, dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contesté par grief, le régime complémentaire 2 ne peut être maintenu ;
- Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement.

La protection se termine à compter de la fin de toute procédure légale de la part des deux parties impliquées.

Grève ou lock-out

En cas de grève ou lock-out, la protection est maintenue en vigueur pourvu que les primes soient versées après entente avec La Capitale.

Une invalidité débutant pendant une grève ou un lock-out est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail.

9. Renouvellement de contrat

Lorsqu'une personne signe un nouveau contrat dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective, la **date de prise d'effet du nouveau contrat** détermine la date de début de la protection et du prélèvement des primes.

A) Nouveau contrat prenant effet au cours des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire

La protection débute rétroactivement à la date de début de l'année scolaire et les primes sont perçues à compter de cette date. La personne se voit octroyer les mêmes protections qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente. Elle n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité au régime. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et désire maintenant y participer, la règle suivante s'applique :

Tous les montants d'assurance vie sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale.

B) Nouveau contrat prenant effet au-delà des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire mais à l'intérieur de 120 jours de maintien de protection

La personne qui n'a pas repris le travail dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective au cours des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire doit choisir, pour une période de 120 jours, une des deux (2) options suivantes :

- Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement ;
- Conserver l'ensemble des régimes détenus avant la mise à pied ou la fin de contrat.

Le prélèvement des primes lors du retour au travail dépend du choix effectué.

- I) SI LA PERSONNE A CONSERVÉ L'ENSEMBLE DES RÉGIMES QU'ELLE DÉTENAIT.

Le prélèvement des primes ne débutera qu'à compter de la fin de la période de 120 jours.

- II) SI LA PERSONNE A CONSERVÉ LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE 1 SEULEMENT.

Le prélèvement des primes pour l'ensemble des régimes qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente débutera dès son retour au travail et La Capitale remboursera la prime du régime d'assurance maladie 1 déjà payée, soit celle pour la période débutant à la date du retour au travail et se terminant à la fin de la période de 120 jours.

La personne n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et désire maintenant y participer, la même règle que celle décrite au point A) s'applique.

C) Nouveau contrat prenant effet au-delà de la période de 120 jours de maintien de protection

La personne est alors considérée comme une nouvelle employée aux fins d'admissibilité aux régimes. Les protections qu'elle détenait à la fin de l'année précédente ne lui sont pas automatiquement octroyées. Elle peut choisir à nouveau le régime d'assurance maladie qu'elle désire (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) et participer ou non au régime complémentaire 3 d'assurance vie. Les règles décrites précédemment concernant la participation et l'entrée en vigueur de la protection s'appliquent alors.

Toutefois, la personne qui a maintenu sa protection d'assurance vie au cours de la période de 120 jours et dont le nouveau contrat prend effet dans les 31 jours suivant la fin de la période de 120 jours n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité pour conserver ses montants d'assurance vie au-delà de 50 000 \$.

10. Transformation

Régime d'assurance maladie de la personne adhérente

Toute personne adhérente qui cesse d'être assurée aux termes de cette garantie parce qu'elle cesse d'être admissible peut, en faisant une demande écrite à La Capitale dans les 90 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir une police d'assurance maladie individuelle, d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

EN CAS DE FIN D'APPARTENANCE AU GROUPE

Toute personne adhérente qui cesse de faire partie du groupe de personnes assurées avant l'âge de 65 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$ a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de la personne adhérente qui peut être transformé est d'au moins 10 000 \$ et ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'elle détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$.

De plus, pour chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat, le montant de protection d'assurance vie peut être transformé en un montant d'au moins 5 000\$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation ou 400 000 \$.

Ce droit peut être exercé par la personne adhérente en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où la personne adhérente cesse de faire partie du groupe de personnes assurées. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie de personne assurées n'ouvre pas droit à la transformation.

À L'ÉCHÉANCE DU CONTRAT

La personne adhérente assurée depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000\$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre .

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000\$ ou 25% du montant d'assurance sur la vie de la personne adhérente à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par la personne adhérente en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

PROTECTIONS DISPONIBLES LORS DE LA TRANSFORMATION

La personne adhérente qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

11. Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale, La Capitale renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines, et ce, jusqu'à la première des dates suivantes :

Régime d'assurance maladie

A) POUR LES PERSONNES ADHÉRENTES DEVENUES INVALIDES LE OU APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 2006 MAIS AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2014 :

- Le jour de son 60^e anniversaire de naissance si elle est exonérée depuis au moins 36 mois pour la même invalidité totale. Cette personne devient alors admissible au régime d'assurance maladie individuelle offert par La Capitale. Elle doit présenter sa demande d'adhésion dans les 90 jours suivant cette date ;
- Le jour de son 65^e anniversaire de naissance. Si à cette date la personne reçoit encore une rémunération de son employeur, l'exonération se termine alors à la dernière journée de rémunération reçue de son employeur ;
- La date de fin de sa période d'invalidité totale ;
- La date de terminaison du présent contrat.

B) POUR LES PERSONNES ADHÉRENTES DEVENUES INVALIDES LE OU APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 2014 :

- À l'expiration d'une période de 104 semaines pour la même invalidité totale. Pour la personne adhérente qui maintient son droit d'ancienneté auprès de son employeur, elle doit recommencer à verser ses primes de façon régulière. Pour la personne dont le lien d'emploi est rompu, elle devient alors admissible au régime d'assurance maladie individuelle offert par La Capitale. Elle doit présenter sa demande d'adhésion dans les 90 jours suivant cette date ;
- Le jour de son 65^e anniversaire de naissance. Si à cette date la personne reçoit encore une rémunération de son employeur, l'exonération se termine alors à la dernière journée de rémunération reçue de son employeur ;
- La date de fin de sa période d'invalidité totale ;
- La date de terminaison du présent contrat.

Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée et régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) Le jour de son 65^e anniversaire de naissance ;
- b) La date de fin de sa période d'invalidité totale.

Toutefois, toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

12. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un seul bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de La Capitale. La Capitale n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de la personne adhérente, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de la personne adhérente.

13. Fin de l'assurance de la personne adhérente

L'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes.

Régime d'assurance maladie

- a) La date de la fin du contrat ;
- b) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » et à la « prolongation en cas de transformation » ;
- c) Lorsque la personne adhérente demande de ne plus participer au régime, conformément à la date prévue au droit d'exemption ;
- d) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être un employé admissible pour une raison autre que la retraite sous réserve des dispositions prévues en cas de mise à pied ou de fin de contrat. Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix (10) mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être un employé en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » et à la « prolongation en cas de transformation » ;
- e) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime ;
- f) La date de la retraite ; toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix (10) mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui prend sa retraite en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année.

Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée

- a) La date de la fin du contrat sous réserve du Règlement général en application sur la loi sur les assurances ;
- b) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » ;
- c) Le premier jour de la période de paie suivant la date où la personne exerce son droit de renonciation ;
- d) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être un employé admissible pour une raison autre que la retraite sous réserve des dispositions prévues en cas de mise à pied ou de fin de contrat. Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix (10) mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être un employé en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » ;
- e) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime ;
- f) La date de la retraite ;
- g) La date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) La date de la fin du contrat sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » ;
- b) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale » et à la « prolongation en cas de transformation » ;
- c) La date où les dispositions d'exonération des primes prennent fin sans que la personne cesse d'être invalide ;
- d) La date de la réception, par La Capitale, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite dans un tel avis, laquelle est la plus éloignée ;
- e) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite, sous réserve des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et « Droit de transformation » applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge ». Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de 10 mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année ;

- f) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime ;
- g) La date de la retraite ; toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix (10) mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui prend sa retraite en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année.
- h) La date d'entrée en vigueur de l'assurance vie de base de la personne adhérente lorsque cette dernière exerce son droit de retrait dans le délai de 90 jours suivant la date d'adhésion.

14. Fin de l'assurance des personnes à charge

L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :

Régime d'assurance maladie

- a) Le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande de la personne adhérente désirant mettre fin à la protection de ses personnes à charge ;
- b) La date de la fin de la protection de la personne adhérente ;
- c) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation en cas de transformation » ;
- b) Lorsque la personne adhérente met fin à la protection de ses personnes à charge ;
Si l'employeur reçoit la demande de fin de protection contre le décès des personnes à charge dans les 30 jours suivant la perte d'une personne à charge, la nouvelle protection entre en vigueur à compter de la date de l'événement. Dans tous les autres cas, la nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur ;
- c) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;
- d) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et « Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge ». Toutefois, dans le cas d'un retard de versement des primes dues pour toutes les personnes adhérentes d'une même catégorie, d'un même employeur, l'Assureur s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de 6 mois transmis au Preneur ;
- e) La date de mise à la retraite de la personne adhérente, sous réserve de l'adhésion au régime d'assurance vie des retraités.

15. Régimes disponibles pour les personnes retraitées

Des régimes sont disponibles pour les personnes prenant leur retraite.

Assurance maladie

Toute personne adhérente qui opte pour la retraite peut obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances.

Assurance vie et décès accidentel de la personne adhérente

Toute personne adhérente qui opte pour la retraite peut adhérer au régime d'assurance vie collective offert aux retraités de la fédération.

Prestation d'assurance vie selon l'âge au moment du décès

Choix 1 :	Moins de 60 ans :	20 000 \$
	60 à 64 ans :	15 000 \$
	65 ans et plus :	10 000 \$
Choix 2* :	Moins de 60 ans :	40 000 \$
	60 à 64 ans :	30 000 \$
	65 ans et plus :	20 000 \$
Choix 3* :	Moins de 60 ans :	60 000 \$
	60 à 64 ans :	45 000 \$
	65 ans et plus :	30 000 \$

En cas de décès accidentel de la personne adhérente, une indemnité égale au montant détenu en assurance vie est payable.

* **Ces choix sont disponibles seulement si la personne adhérente détient un montant égal ou supérieur dans le régime des enseignantes et enseignants actifs au moment de la retraite.** Le choix 1 est également disponible pour les personnes n'ayant pas opté pour un montant d'assurance vie à titre d'employés actifs.

Assurance vie des personnes à charge

Cette protection donne également droit à un montant d'assurance vie pour les personnes à charge s'il y a lieu :

Conjoint : 5 000 \$ Enfant : 5 000 \$ + 5 000 \$ pour famille monoparentale.

Dans le cas d'une famille monoparentale, le capital assuré est augmenté d'une somme de 5 000 \$ divisée par le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Pour adhérer à ces régimes, vous devez faire parvenir votre demande d'adhésion à La Capitale dans les 90 jours suivant la date de votre retraite.

La documentation à ce sujet est disponible au service des ressources humaines chez votre employeur.

RÉGIMES D'ASSURANCE

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Régimes
d'assurance

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document, doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par La Capitale.

TABLEAU DES GARANTIES

Le tableau suivant énumère les garanties offertes dont vous bénéficiez selon le régime d'assurance maladie que vous avez choisi. Une description plus complète de la garantie se retrouve aux pages suivantes.

Pour les garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage, nous vous invitons à consulter la description à la fin de votre brochure.

DURÉE MINIMALE D'ADHÉSION :

Nous vous rappelons que la durée minimale d'adhésion est la suivante :

- Régime maladie 2 : 12 mois ;
- Régime maladie 3 : 24 mois.

TABLEAU DES GARANTIES (par régime)

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Médicaments (incluant le stérilet) <i>Carte de paiement automatisé différé</i> – Innovateur (de marque) ou d'origine avec générique disponible – Autres médicaments	Franchise annuelle sur tous les frais Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 75 \$ Familiale : 100 \$ 70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent	Aucune franchise 70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent	Aucune franchise 70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent	Oui
Frais hospitaliers au Canada	100 % Chambre à deux lits, illimité	100 % Chambre à deux lits, illimité	100 % Chambre à deux lits, illimité	Non
Soins prolongés, malades chroniques	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	Non
Maison de convalescence, réadaptation	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits, 180 jours / année civile / personne assurée	Non

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Assurance voyage	100 %	100 %	100 %	S/O
	5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	
Assurance annulation de voyage	100 %	100 %	100 %	S/O
	5 000 \$ / voyage / personne assurée	5 000 \$ / voyage / personne assurée	5 000 \$ / voyage / personne assurée	
Ambulance	80 %	80 %	80 %	Non
Frais de transport par avion d'un malade alité	80 %	80 %	80 %	Oui
Frais de transport pour le retour au domicile immédiatement après une hospitalisation	80 %	80 %	80 %	Oui
Mutilation accidentelle	S/O	25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	S/O
Dentiste en cas d'accident	S/O	80 %	80 %	Non
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital	S/O	80 %	80 %	Oui
Appareil d'assistance respiratoire	S/O	80 %	80 %	Oui
Appareil thérapeutique	S/O	80 %	80 %	Oui
Membre artificiel et prothèse externe	S/O	80 %	80 %	Non

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Prothèse capillaire	S/O	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	Oui
Prothèse mammaire	S/O	80 % En excédent de la RAMQ	80 % En excédent de la RAMQ	Oui
Soutiens-gorges post-opératoires	S/O	S/O	80 % 2 paires / année civile / personne assurée	Non
Appareil orthopédique (incluant plâtre)	S/O	80 %	80 %	Oui
Orthèse plantaire	S/O	80 %	80 %	Oui
Chaussure orthopédique	S/O	80 %	80 %	Oui
Orthophoniste, ergothérapeute ou audiologiste	S/O	80 %	80 %	Non
Examen de la vue	S/O	80 % 35 \$ remboursement / 24 mois / personne assurée	80 % 50 \$ remboursement / 24 mois / personne assurée	Non
Bas de soutien	S/O	80 % 3 paires / année civile / personne assurée	80 % 3 paires / année civile / personne assurée	Oui

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Glucomètre	S/O	80 % Remboursement maximal de 240 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	Oui
Neurostimulateur transcutané	S/O	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	Oui
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal 5 000 \$ /accident / personne assurée	Oui
Appareil auditif	S/O	80 % Remboursement maximal de 560 \$ /48 mois consécutifs / personne assurée (incluant honoraires de l'audioprothésiste)	80 % Remboursement maximal de 800 \$ /48 mois consécutifs / personne assurée (incluant honoraires de l'audioprothésiste)	Non
Échographie	S/O	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Radiographie, analyse de laboratoire	S/O	80 %	80 %	Oui

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Électrocardiogramme, examens par ultrasons (autres que les examens échographiques), traitement au radium et aux rayons X	S/O	80 %	80 %	Oui
Imagerie par résonance magnétique	S/O	80 % Remboursement maximal de 500 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 600 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Psychologue, psychanalyste, psychiatre, travailleur social, conseiller en orientation	S/O	80 % Remboursement maximal de 64 \$/ traitement / maximum 10 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 64 \$/ traitement / maximum 25 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	Non
Acupuncteur	S/O	80 % Remboursement maximal de 32 \$/traitement/ maximum 15 traitements par année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 44 \$ /traitement/ maximum 15 traitements par année civile / personne assurée	Non

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Chiropraticien	S/O	80 % Remboursement maximal de 28 \$/traitement/ maximum 20 traitements par année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$ par année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 36 \$ /traitement/ maximum 20 traitements par année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$ par année civile / personne assurée	Non
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, thérapeute du sport	S/O	80 % Remboursement maximal de 40 \$/traitement/ maximum 15 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 52 \$/traitement/ maximum 15 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	Oui
Podiatre, podologue	S/O	80 % Remboursement maximal de 32 \$/traitement/ maximum 15 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 44 \$ /traitement/ maximum 15 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	Non

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Homéopathie (incluant médicaments homéopathiques)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 36 \$ /traitement/ maximum global de 720 \$ par année civile / personne assurée	Non
Naturopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 36 \$ /traitement/ maximum 20 traitements par année civile / personne assurée	Non
Ostéopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 56 \$ /traitement/ maximum 15 traitements par année civile / personne assurée	Non
Massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute (MKO)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 44 \$ /traitement/ maximum 15 traitements par année civile / pour l'ensemble de ces professionnels / personne assurée	Non

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Diététiste	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 44 \$ /traitement/ maximum 15 traitements par année civile / personne assurée	Non
Soins infirmiers	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile / personne assurée	Oui
Soins à domicile	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 400 \$ par année civile / personne assurée	Oui
Cure de désintoxication	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 80 \$ / jour Maximum de 30 jours par année civile / personne assurée	Oui
Frais de transport et d'hébergement au Québec	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile / personne assurée	Oui

DESCRIPTION DES GARANTIES

Veillez vous référer au « TABLEAU DES GARANTIES » de la page 29 pour connaître la coassurance et les maximums applicables.

MÉDICAMENTS

A) DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent à la présente clause :

- Médicament générique : un médicament générique est une copie d'un médicament breveté dont l'exclusivité commerciale n'est plus protégée par un brevet ;
- Médicament innovateur (de marque) : version originale d'un médicament breveté lors de sa commercialisation et pour lequel il existe au moins une version générique ;
- Médicament unique : médicament d'origine dont l'exclusivité commerciale est temporairement protégée par un brevet et pour lequel il n'existe aucun substitut générique.

B) FRAIS COUVERTS

- L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01) ;
- Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés au premier alinéa de la présente section, inclus dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques portant un code d'identification numérique (DIN), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un professionnel de la santé légalement autorisé ; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique, glaucome ;
- Les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 35 \$ par séance d'injection ;
- Les frais d'achat d'un stérilet.

C) PARTICULARITÉS POUR LES MÉDICAMENTS INNOVATEURS (DE MARQUE)

Malgré le pourcentage de remboursement prévu au TABLEAU DES GARANTIES, un médicament innovateur peut être remboursé selon le pourcentage prévu pour un médicament générique s'il existe des contre-indications médicales liées à la prise du médicament générique.

Dans ce cas, la personne assurée doit faire remplir le formulaire *Demande de remboursement pour médicaments de marque* par son médecin qui doit y préciser toutes les raisons médicales justifiant l'achat du médicament innovateur. La personne assurée doit ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse et décision.

Le formulaire est disponible auprès de l'Assureur ou de l'administrateur du régime.

D) EXCLUSIONS

- Les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu ;
- Les substances ou aliments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation ;
- Toutefois les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiés, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert ;
- Les médicaments administrés principalement à titre préventif ; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif ;
- Les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques ;
- Les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments ;
- Les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance ;
- Toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif ;
- Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation ;
- Les traitements ou médicaments à titre expérimental.

De plus, l'Assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut, entre autres, exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ce médicament du régime s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

NOTE IMPORTANTE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Veuillez prendre connaissance de l'encadré de la page 10.

HOSPITALISATION AU CANADA

La Capitale rembourse les frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

FRAIS DE SÉJOUR DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si la personne assurée reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à 2 lits (semi-privée), pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Ces frais sont limités à 180 jours par année civile, par personne assurée. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

CENTRE DE RÉADAPTATION

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à 2 lits (semi-privée), pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours

d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par année.

AMBULANCE

Les frais de transport par ambulance au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport par avion ou par train en cas d'urgence.

FRAIS DE TRANSPORT PAR AVION D'UN MALADE ALITÉ

Sur ordonnance médicale :

- Les frais de transport par avion d'un malade alité occupant l'équivalent de deux (2) sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen ;
- Les frais de transport par avion pour une hospitalisation immédiate à titre de patient interne à l'hôpital le plus rapproché où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription du médecin ;
- Les frais de transport pour le retour au domicile immédiatement après une hospitalisation.

MUTILATION ACCIDENTELLE

En cas de perte d'un membre, pendant que l'assurance est en vigueur et si cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, la personne adhérente reçoit pour la perte subie par elle-même ou l'une de ses personnes à charge, s'il y a lieu, un montant tel que décrit dans le tableau qui suit, sans toutefois excéder 50 000 \$ pour toutes les pertes relatives au même accident.

Perte	Montant
– des deux (2) mains ou des deux (2) pieds ou de la vue des deux (2) yeux	50 000 \$
– d'une main et d'un pied	50 000 \$
– d'une main et de la vue d'un œil	50 000 \$
– d'un pied et de la vue d'un œil	50 000 \$
– d'une main ou d'un pied	25 000 \$
– de la vue d'un œil	25 000 \$

N.B. Par « perte », on entend la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre à la suite d'un accident.

La perte de la vue signifie la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

Cette garantie ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à la personne adhérente si la perte subie survient dans les cas suivants :

- Alors qu'elle exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'elle exerce une fonction quelconque se rapportant au vol ;
- En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- En raison d'une tentative de suicide ou de suicide de la personne adhérente ou d'une blessure ou d'une mutilation que la personne adhérente s'est volontairement infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef, avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ;
- Pour une condition survenue alors que la personne adhérente est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;
- En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident ;
- À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie ;
- Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef, sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

DENTISTE EN CAS D'ACCIDENT

Les honoraires d'un dentiste ou d'un denturologiste à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, La Capitale rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 24 mois de la date de l'accident.

FAUTEUIL ROULANT OU LIT D'HÔPITAL

Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par La Capitale, d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital.

APPAREIL D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE ET OXYGÈNE

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil respiratoire et d'oxygène.

APPAREIL THÉRAPEUTIQUE

Les frais de location d'un appareil thérapeutique ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement et de réparation.

Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer (à titre d'exemple)

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur) ;
- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux) ;
- c) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée) ;
- d) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique) ;
- e) la pompe à insuline ;
- f) les vêtements pour le traitement de brûlures ;
- g) l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature.

MEMBRE ARTIFICIEL ET PROTHÈSE EXTERNE

Les frais d'achat d'un membre ou d'un oeil artificiel ainsi que d'autres prothèses externes.

PROTHÈSE CAPILLAIRE

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie.

PROTHÈSE MAMMAIRE

Les frais d'achat d'une prothèse mammaire externe par suite d'une mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

SOUTIEN-GORGE POST-OPÉRATOIRE

Les frais d'achat de soutien-gorge post-opératoire requis à la suite d'une mastectomie radicale.

APPAREIL ORTHOPÉDIQUE

Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de corsets, de bandes herniaires, de plâtres, de béquilles, d'attelles ou d'autres appareils.

ORTHÈSE PLANTAIRE

Les frais d'achat d'une orthèse plantaire (supports de voûte plantaire, semelles de compensation). Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

CHAUSSURE ORTHOPÉDIQUE

Le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure pour la personne assurée, par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

ORTHOPHONISTE, AUDIOLOGISTE ET ERGOTHÉRAPEUTE

Les honoraires d'un orthophoniste, d'un audiologiste et d'un ergothérapeute. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

EXAMEN DE LA VUE

Les honoraires pour un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste.

BAS DE SOUTIEN

Les frais d'achat de bas de soutien.

GLUCOMÈTRE

Les frais d'achat, d'ajustement ou de réparation d'un glucomètre ainsi que de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante.

NEUROSTIMULATEUR PERCUTANÉ

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur percutané pour les nerfs seulement.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

APPAREIL AUDITIF

Les frais d'achat d'un appareil auditif. Les honoraires de l'audioprothésiste sont également couverts.

ÉCHOGRAPHIE

Les frais d'échographies (autres que fœtales), effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier.

RADIOGRAPHIE ET ANALYSE DE LABORATOIRE

Les frais pour **sang, plasma sanguin et transfusion**, de même que les frais d'une **radiographie et analyse de laboratoire** pour fins de prévention ou de diagnostic effectuées à l'extérieur du centre hospitalier, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.

ÉLECTROCARDIOGRAMME, ULTRASONS, TRAITEMENT AU RADIUM ET AUX RAYONS X

Les frais d'un électrocardiogramme, ultrasons (autres qu'échographiques), traitement au radium et aux rayons X effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Les frais de tests d'imagerie par résonance magnétique effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.

PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE, PSYCHIATRE, TRAVAILLEUR SOCIAL ET CONSEILLER EN ORIENTATION

Les honoraires d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un travailleur social et d'un conseiller en orientation à raison d'une visite par jour. Les services de psychiatres admissibles sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée est sujet à prestations.

ACUPUNCTEUR

Les honoraires d'un acupuncteur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

CHIROPATICIEN

Les honoraires d'un chiropraticien. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Les radiographies sont également admissibles.

PHYSIOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION ET THÉRAPEUTE DU SPORT

Les frais de traitements administrés par un physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport sous la surveillance d'un physiothérapeute ou d'un physiatre.

PODIATRE

Les honoraires d'un podiatre (incluant le podologue). Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

HOMÉOPATHE

Les honoraires d'un homéopathe. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Sur recommandation écrite de l'homéopathe ou d'un médecin, cette garantie couvre aussi les remèdes ou traitement homéopathiques.

NATUROPATHE

Les honoraires d'un naturopathe. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

OSTÉOPATHE

Les honoraires d'un ostéopathe. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

MASSOTHÉRAPEUTE, KINÉSITHÉRAPEUTE ET ORTHOTHÉRAPEUTE

Les honoraires d'un massothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un orthothérapeute. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

DIÉTÉTISTE

Les honoraires d'un diététiste. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

SOINS INFIRMIERS

Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne adhérente, par des infirmiers ou des infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne adhérente ou qui est un proche parent.

SOINS ET SERVICES À DOMICILE

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec la personne assurée.

- a) Les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène ;
- b) Les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation ;
- c) Les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de la personne assurée (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement), effectués par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée ;
- d) Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée ;
- e) Les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais d'accompagnement, si nécessaire, par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée.

Pour obtenir les services décrits aux points a) et b), nous vous recommandons de communiquer avec notre service de références dont les numéros sont indiqués à la fin de la brochure. De plus, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, nous offrons un service téléphonique de renseignements concernant les différents intervenants disponibles dans la région où réside la personne assurée (CLSC, pharmacie, laboratoire, centre hospitalier, etc.).

CURE DE DÉSINTOXICATION

Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme tel, excluant toutefois le tabagisme. Les frais de séjour en clinique spécialisée en réhabilitation de joueurs compulsifs sont également admissibles.

FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec occasionnés par une consultation pour des services professionnels, dispensés par un médecin spécialiste, non disponibles dans la région de résidence de la personne assurée. Les frais admissibles sont

- les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- Les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles, les frais pour un traitement non disponible dans cette région et rendu par un médecin spécialiste ;
- Les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de la personne assurée ;
- Pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus ;
- Les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile ;
- Les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée ainsi que par la personne qui l'accompagne.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par La Capitale pour les frais subis lors des événements suivants :

- Pour des vaccins préventifs ;
- Pour des prothèses dentaires ou leur ajustement, sauf si nécessaires à la suite d'un accident ;
- Pour des lunettes, verres de contact, chirurgie au laser ou leur ajustement, sauf si nécessaires à la suite d'un accident ;
- Pour des appareils auditifs ou leur ajustement, sauf si nécessaires à la suite d'un accident. (Cette exclusion s'applique uniquement si cette protection n'est pas indiquée dans votre brochure) ;
- Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident ;
- Pour des soins prodigués principalement à des fins esthétiques, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement ;
- Pour tout produit ou service non médicalement requis ;

- Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie. (Cette exclusion s'applique uniquement si cette protection n'est pas indiquée dans votre brochure);
- Pour un examen de l'ouïe;
- Pour un examen de la vue;
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière;
- Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour un voyage de santé;
- Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- En raison de toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- Pour tous frais relatifs à l'insémination;
- Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité;
- Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale;
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie.

Les exclusions mentionnées précédemment s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, et les frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Également, sont exclus les frais engagés pour des soins, des services ou des fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenu de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 – ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE

Le régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de la convention collective ou le régime équivalent d'assurance salaire de courte durée et pour procurer à la personne adhérente un revenu jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si jamais une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Le régime peut différer selon le choix des membres de votre syndicat. En effet, chaque syndicat a opté collectivement pour un régime d'assurance invalidité parmi deux (2) choix possibles :

Régime A ou Régime B

Le régime sélectionné par l'ensemble des membres du syndicat constitue le seul régime complémentaire 2 d'assurance invalidité longue durée disponible pour chaque membre de ce syndicat.

Pour connaître le choix de votre syndicat et ainsi que la définition d'invalidité qui vous concerne, consultez votre employeur ou votre syndicat.

1. Définitions d'invalidité

Régime A

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication de grossesse et exigeant des soins médicaux continus et qui, pendant les 48 premiers mois, empêche la personne adhérente d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi ou de toute autre activité rémunératrice comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur et, après 48 mois, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement la personne adhérente d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle elle possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Régime B

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui exige des soins médicaux continus et qui, empêche la personne adhérente d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi ou de toute activité rémunératrice comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur.

2. Délai de carence

Le délai de carence est la période commençant au début de l'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Il est de 104 semaines en cas de maladie, d'hospitalisation ou d'accident.

3. Période et montant de la prestation

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite. Les prestations sont non imposables.

Le montant de la prestation est égal à 75 % du salaire annuel net, le revenu net étant le revenu brut moins les impôts et les cotisations au RRQ, au RQAP et à l'assurance emploi.

Aux fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance invalidité longue durée, le salaire utilisé est le salaire brut qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective. Si le salaire qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité est inférieur à celui qui s'appliquait au début de cette même période d'invalidité, ce dernier salaire est utilisé pour les fins du calcul des prestations. Si le salaire est supérieur à 0 \$ et inférieur à 1 200 \$ par mois, c'est ce dernier montant (1 200 \$) qui est utilisé comme salaire brut aux fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance invalidité longue durée.

Cette prestation est réduite de la somme des montants suivants :

- a) De tout **traitement** reçu de l'employeur excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables ;

- b) De 80 % du montant mensuel initial de toute **rente de retraite** payable par le RRE ou par un autre régime de retraite concernant les personnes employées des secteurs public et parapublic s'appliquant à la personne employée ;
- c) Du montant mensuel initial de toute **rente de retraite** payable par un régime privé ou public de retraite (RRQ et RPC) s'appliquant à la personne employée ;

Cependant, lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de cette rente dans un contrat de rente immobilisé (CRI), La Capitale établit le montant de la rente mensuelle payable par le présent régime comme si tel transfert n'avait pas eu lieu. Pour ce faire, une évaluation à la date où la personne employée aurait eu droit à une rente de retraite sans réduction actuarielle est effectuée afin de simuler la rente de retraite à laquelle elle aurait eu droit n'eût été le transfert de la valeur présente de la rente de retraite dans le CRI. Aux fins de coordination, la valeur simulée de la rente de retraite ainsi obtenue est alors considérée comme étant effectivement payée à la personne employée par le régime de retraite à compter du moment où elle y aurait eu droit, n'eût été du transfert au CRI ;

- d) Du montant mensuel initial de toute **rente d'invalidité** payable en relation avec l'invalidité concernée, par le RRQ ou le RPC ;
- e) Du montant mensuel initial de toute **rente d'invalidité** payable en relation avec l'invalidité concernée, par une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, par la Loi de l'assurance automobile du Québec et par toute autre loi sociale, moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes ;
- f) De **95 %** du montant net mensuel initial de toute **rente payable en relation avec l'invalidité concernée, par le RRE ou par le RRF**, ou par un autre régime privé de retraite s'appliquant à la personne employée. Par montant net, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés. Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de cette rente :

- g) De 75 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur sauf pour la période durant laquelle s'applique un programme de réadaptation approuvé par

La Capitale. Par revenu de tout emploi rémunérateur, on entend toute activité professionnelle ou commerciale pour laquelle la personne adhérente touche une compensation directe ou indirecte, immédiate ou différée, déductions faites des dépenses courantes engagées dans l'exercice de ses fonctions d'après les normes édictées par le ministère du Revenu du Québec.

Les revenus d'investissement ne sont pas considérés comme un emploi rémunérateur sauf si la personne adhérente s'adonne à cette activité de façon importante. Par activité importante, on entend une activité qui engendre un revenu supérieur à 20 % de la rente d'invalidité totale. Dans un tel cas, seul l'excédent de 20 % est considéré comme un revenu de tout emploi rémunérateur.

Cependant, les actifs détenus avant le début de l'invalidité et les revenus d'investissement qui en découlent, incluant tout gain de capital provenant de la vente de tels actifs, ne sont pas pris en considération.

Malgré ce qui est prévu au premier paragraphe du présent point, la personne qui occupe un travail rémunérateur et qui n'en a pas avisé La Capitale verra le montant de la rente mensuelle réduit de 100 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur au lieu de 75 %, et ce, rétroactivement à la date de début d'emploi.

4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, la prestation mensuelle est ajustée annuellement au 1^{er} janvier suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité à 3 %.

5. Programme de réadaptation

La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation de La Capitale a droit à une rente mensuelle de réadaptation égale au montant de l'indemnité mensuelle de la personne adhérente avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours de ce programme.

6. Exclusions et réduction

Aucune indemnité n'est payable

- a) si l'invalidité totale de la personne adhérente survient dans les cas suivants :
 - En raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
 - En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne adhérente s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
 - Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;
 - Pour une condition survenue alors que la personne adhérente est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;
 - En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet ;
 - En raison d'une cessation de travail, pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- b) à l'égard d'une invalidité totale durant laquelle la personne adhérente est dans l'une des situations suivantes :
 - Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur, ledit congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité ;
 - Période pour laquelle la personne adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale ;
- c) pour toute période d'invalidité au cours de laquelle la personne adhérente n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, la personne adhérente invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie ;

- d) durant une période où la personne adhérente exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation ;
- e) si la personne adhérente est congédiée pour des raisons non reliées à l'invalidité et que ladite invalidité ne l'empêche pas d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle elle possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

7. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une personne adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion énoncée plus haut concernant les congés de maternité et qu'elle reçoit des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, La Capitale verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion concernant les congés de maternité ne s'était pas appliquée.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 – ASSURANCE VIE

1. Assurance vie de la personne adhérente

Au décès d'une personne adhérente, La Capitale paie au bénéficiaire l'indemnité suivante selon la protection retenue par la personne adhérente :

MONTANTS DISPONIBLES **SANS PREUVES** D'ASSURABILITÉ

10 000 \$ – 25 000 \$ – 50 000 \$

MONTANTS DISPONIBLES **AVEC PREUVES** D'ASSURABILITÉ

75 000 \$ – 100 000 \$ – 125 000 \$ – 150 000 \$ – 175 000 \$ – 200 000 \$ –
225 000 \$ – 250 000 \$

IMPORTANT

Les montants de 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'employeur reçoit le formulaire *Demande d'adhésion ou de modification* dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité de la personne adhérente, la date de l'évènement reconnaissant une nouvelle personne à charge ou le décès du conjoint. Par la suite, des preuves d'assurabilité sont requises.

Les montants supérieurs à 50 000 \$ sont toujours sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale.

La structure de tarification tient compte de l'âge de la personne adhérente. Par contre, les premiers 25 000 \$ de protection sont considérés comme de l'assurance vie de base dont le taux de prime est uniforme. Les montants excédant 25 000 \$ sont considérés comme de l'assurance vie additionnelle dont les taux de prime varient en fonction de l'âge atteint par la personne adhérente au 1^{er} jour de la période de paie qui suit le changement de groupe d'âge.

Les montants excédant 25 000 \$ sont réduits de 50 % à compter du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

Maintien de la protection en cas de perte d'emploi

La personne adhérente qui, lors de la perte de son emploi, a maintenu sa protection d'assurance vie au cours de la période de 120 jours, peut prolonger le maintien de sa protection d'assurance vie pour une période additionnelle maximale de deux (2) ans.

Elle doit alors transmettre sa demande par écrit au cours des 31 jours qui suivent la fin de la période de 120 jours et continuer à acquitter les primes requises.

Limitation

Le capital assuré est payable peu importe la cause du décès sauf en cas de suicide de la personne adhérente auquel cas les montants de protection en excédent de 25 000 \$ demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité* ne sont pas payables si cette personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ces montants de protection.

* Note: Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), le délai de 30 jours s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

2. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée est égal à 10 000 \$ s'il s'agit du conjoint et 5 000 \$ pour un enfant à charge, à compter de l'âge de 24 heures. Dans le cas d'une protection monoparentale, le capital décès de 5 000 \$ par enfant est alors augmenté d'une somme de 10 000 \$ divisée par le nombre d'enfants à charge dans la famille. Ces montants sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'adhésion se fait dans les délais prévus au régime.

3. Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

La personne adhérente peut aussi souscrire, si elle le désire, de 1 à 10 tranches d'assurance vie additionnelle pour son conjoint, chaque tranche étant égale à 10 000 \$, maximum 100 000 \$. La personne adhérente ne peut se prévaloir de cette option si le conjoint n'est pas assuré en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge ou si elle est elle-même atteinte d'invalidité totale. Dans ce dernier cas, le conjoint pourra se prévaloir de cette option lors du retour au travail actif de la personne adhérente.

Cette protection est sujette à ce que les preuves d'assurabilité, requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour la personne assurée d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative, soient jugées satisfaisantes par La Capitale. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de cette garantie pour cette personne.

Les montants excédant 10 000 \$ sont réduits de 50 % à compter du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

Exclusions

La garantie d'assurance vie facultative ne s'applique pas si la personne assurée meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'elle soit saine d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de La Capitale est limitée au remboursement des primes perçues.

4. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu du présent régime dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de l'exonération des primes en cas d'invalidité totale, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à La Capitale, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable. La somme des montants versés est limitée au moins de 50 000 \$ ou de 50 % du montant d'assurance vie pour lequel elle est protégée.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant payable par La Capitale est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêt au taux annuel de 10 %.

La Capitale n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus cessent à la terminaison du contrat, même pour les personnes adhérentes exonérées du paiement des primes.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer sur notre site Internet à l'adresse : www.lacapitale.com.

Assurance maladie Médicaments – Service de paiement automatisé différé

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services au pharmacien. La demande de prestations est transmise automatiquement à La Capitale, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale effectuera le paiement à la personne assurée à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Autres frais

La personne assurée doit faire parvenir à La Capitale le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. La personne assurée doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services au centre hospitalier, laquelle fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à La Capitale. Toute demande de prestations doit être présentée à La Capitale dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations maladie

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il suffit de remplir le formulaire d'adhésion et de le retourner à La Capitale. Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de la personne assurée. La Capitale transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec La Capitale qui lui dirigera les formulaires requis.

Assurance invalidité

Les prestations mensuelles sont payables à la personne adhérente après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par la personne adhérente, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à La Capitale.

ASSURANCE VOYAGE

La Capitale paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et nécessitant des soins d'urgence, dans la mesure où les frais engagés sont usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 000 \$ par voyage.

IMPORTANT

Si une personne est porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ, que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection

- s'est aggravée ;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence ;
- est instable ;
- est en phase terminale d'évolution ;
- est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage ;

il est recommandé de communiquer avec La Capitale quelques semaines avant votre départ. Vous obtiendrez ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans votre situation.

1. Frais couverts

- a) Les frais d'hospitalisation dans un hôpital destiné à fournir des traitements actifs où la patiente ou le patient reçoit effectivement un traitement curatif ; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- b) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires ; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- c) Le transport en ambulance, en direction de l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par une ambulancière ou un ambulancier licencié.
- d) Les médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale.
- e) Les honoraires d'un infirmière ou d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par la ou le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$.

L'infirmière ou l'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être une compagne ou un compagnon de voyage.

- f) Les honoraires d'une chiropraticienne ou d'un chiropraticien, podiatre et physiothérapeute.
- g) La location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire.
- h) Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies.
- i) L'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

- j) Les honoraires professionnels de chirurgienne-dentiste ou de chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident ; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence.
- k) Les frais de rapatriement de la patiente ou du patient en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles ; les frais de transport ou de rapatriement doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de La Capitale, compte tenu de l'état de la ou du malade.
- l) Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien et autorisée au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage ; l'escorte médicale ne doit pas être une parente ou un parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage.
- m) Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical de la ou du médecin traitant mentionnant l'incapacité de la personne assurée à utiliser son véhicule.
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence jusqu'à concurrence de 5 000 \$; ces frais doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage.
- o) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'une compagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 1 600 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie.

- p) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, selon le moyen le plus économique, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, soit le conjoint, la fille ou le fils, la mère ou le père, la soeur ou le frère, se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée depuis au moins 7 jours ou pour identifier la personne assurée décédée ou la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille ; la notion de proche parent inclut aussi une ou un ami advenant le fait où la personne assurée n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé précédemment. Ces frais doivent être convenus au préalable avec La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage et la personne assurée doit présenter un document rédigé par la ou le médecin traitant ou par les autorités locales qui attestent de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées aux maximums suivants :
- Pour le transport : 2 500 \$.
 - Pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour, pour un maximum de 1 600 \$.
- q) Les services d'assistance voyage suivants :
- Diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié ;
 - Vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire ;
 - Assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée ;
 - Coordonner le retour et le transport de la patiente ou du patient aussitôt que médicalement possible ;
 - Apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements et lorsque nécessaire, effectuer une avance de fonds ;
 - Si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'une ou d'un membre de la famille au chevet de la patiente ou du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée ;
 - Si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour du conjoint ou des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris) ;
 - Si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper ;
 - Si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée ;

- Servir d'interprète aux appels d'urgence ;
- Recommander une avocate ou un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocate ou d'avocat non compris).

Ni La Capitale, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage sans préavis.

2. Admissibilité aux prestations des régimes gouvernementaux

Pour être couvert par la présente garantie, la personne assurée doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

3. Affectation à l'extérieur de la province de résidence

Les frais prévus aux alinéas a) 1- et a) 2- de la présente garantie qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse, sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que la personne adhérente est affectée à l'extérieur de sa province de résidence pour les fins de son travail depuis plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de la personne adhérente où les soins ou les services requis sont disponibles.

4. Limitations

Si, à la suite d'un accident ou à une maladie subite, une personne assurée doit être hospitalisée, elle doit contacter aussitôt que possible La Capitale ou la compagnie

d'assistance voyage. À défaut de communiquer avec ces derniers, les indemnités demandées pourront être refusées ou substantiellement réduites.

La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage se réserve le droit de rapatrier toute personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état de santé le permet. Tout refus de rapatriement libère La Capitale de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après un diagnostic ou un traitement d'urgence de cette condition, la personne assurée aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'elle a choisi d'obtenir les services, traitements ou chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, La Capitale n'assume pas le coût desdits services, traitements ou chirurgie ou autres frais.

5. Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) Les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence ;
- b) Les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale ;
- c) Une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non ;
- d) Les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas assurés en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée ;
- e) Les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception de frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui

peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée ;

- f) Les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patientes ou des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) La participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection ou la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée d'un acte criminel ;
- b) Une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non ; cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts selon les paramètres prévus au point 14) de la description des frais admissibles en assurance voyage ;
- c) L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;
- d) Une participation à des sports de contacts physiques, la pratique de vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines ;
- e) La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ;
- f) La guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne

assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais.

6. Demande de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais hospitaliers ou médicaux ne sont remboursés en vertu de la présente garantie avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

7. Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu de la présente police sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie ; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 \$ par voyage.

1. Causes d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) Une maladie ou un accident qui empêche la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, une ou un associé en affaires ou un membre de la famille de la personne assurée, de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage ;
- b) Le décès de la personne adhérente, du conjoint, d'un enfant de la personne adhérente ou de son conjoint, de la compagne ou du compagnon de voyage, d'une ou un associé en affaires ;
- c) Le décès d'un autre membre de la famille de la personne assurée ou d'un membre de la famille, de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent ;
- d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination ;
- e) La convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou l'assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période de voyage pour autant que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une remise de la cause. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si la personne assurée a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier ;

- f) La mise en quarantaine de la personne assurée, sauf si cette quarantaine se termine plus de 7 jours avant la date prévue de départ;
- g) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre rendant la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination inhabitable, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) Le terrorisme, une guerre déclarée ou non, ou une épidémie dans le pays où se rend la personne assurée, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;
- k) Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, dans la mesure où l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant le départ (2 heures si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres). La cause du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de circulation ou soit une fermeture de route (les 2 dernières causes devant être appuyées par un rapport de police);
- l) Les conditions atmosphériques sont telles
 - que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
 - que la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;

- n) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale ou le tuteur légal ;
- o) Le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée, de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée ;
- p) Le décès d'une personne dont la personne est la liquidatrice ou le liquidateur testamentaire ;
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

2. Frais couverts

Les frais couverts sont les suivants :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance ;
 - Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section « causes d'annulation ou d'interruption » et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler ;
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage) ; le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe (ligne aérienne, autobus, train) en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue ;

c) Si le retour est anticipé ou retardé

- 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, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ; ces frais doivent être, au préalable, convenus avec La Capitale.

Restriction

Si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patiente ou patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont couverts pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

d) Transport aller-retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après avoir obtenu l'approbation par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner celle-ci à l'endroit où elle est en voyage pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est la tutrice ou le tuteur légale ou d'une personne dont elle est la liquidatrice ou le liquidateur testamentaire ;
- Si un sinistre a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

3. Frais maximums admissibles

Les frais couverts ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 \$ par personne assurée, par voyage.

4. Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) Si le voyage est entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale, ou le décès subséquent, de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé ;
- c) La guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais ;
- d) La participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection, la participation ou la perpétration ou la tentative de perpétration de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage d'un acte criminel ;
- e) Une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non ;
- f) L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent ;

- g) Une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines ;
- h) La grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

5. Délais pour demander l'annulation

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

6. Coordination

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie ; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

Quand pouvez-vous nous joindre ?

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

Vous changez d'adresse ?

Veuillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

Vous avez des enfants à charge de plus de 17 ans ?

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

Vous désirez un formulaire de demande de prestations ?

Visitez notre site Internet www.lacapitale.com et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat.

Pour faciliter le traitement de votre demande

Veuillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé ?

Pour les professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, si vous utilisez notre formulaire de demande de prestations, l'estampe ou le sceau du professionnel doit y être apposé. De même, sa signature, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

Des questions au sujet de votre chèque de remboursement ?

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Pour nous joindre

Québec

625, rue Saint-Amable

Case Postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

418 644-4200

Montréal

Bureau 820

425, boul. de Maisonneuve O.

Montréal (Québec) H3A 3G5

514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

Le preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

CE DOCUMENT EST DISTRIBUÉ À TITRE INFORMATIF SEULEMENT ET NE CHANGE EN RIEN LES CONDITIONS ET DISPOSITIONS DU CONTRAT.

Une entreprise à l'écoute
des besoins des gens,
qui a centré son champ d'activité
sur l'assurance collective.

Des conseillers disponibles
et motivés à créer
un partenariat efficace
avec la clientèle.

Une vaste gamme de produits et
services d'assurance collective.

lacapitale.com