

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

administré par



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

offert aux

**Fonctionnaires non syndiqués
du gouvernement du Québec**

Contrat 8000

Juin 2009

(Veuillez conserver cette brochure pour consultation ultérieure)

À TOUS LES EMPLOYÉS NON SYNDIQUÉS

Le Comité d'assurances des fonctionnaires non syndiqués, en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, a le plaisir de vous présenter cette brochure qui vous décrit l'essentiel des régimes dont vous fait bénéficier le programme d'assurance collective offert aux fonctionnaires non syndiqués du gouvernement du Québec.

Le gouvernement du Québec applique aux employés non syndiqués les mêmes protections d'assurances que celles des employés syndiqués.

Les modalités de ces régimes d'assurance ont été établies en considération des besoins courants, tout en tenant compte des prestations prévues en vertu des différents régimes gouvernementaux.

Vous êtes priés de lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour bien connaître tous les avantages auxquels vous avez droit.

Ces régimes s'adressent aux employés non syndiqués du gouvernement du Québec rattachés aux groupes suivants de la fonction publique :

- Fonctionnaires
 - Ouvriers
 - Professeurs
 - Médecins
 - Dentistes
 - Constables du contrôle routier
 - Constables spéciaux
 - Gardes du corps
 - Agents de la conservation de la faune
- ainsi qu'aux employés des organismes affiliés

IMPORTANT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec La Capitale, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des garanties et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à tous les participants, qu'ils soient actifs, invalides ou retraités.

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 une copie du contrat.

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.



100 %

Cette brochure est disponible sur le site Internet de La Capitale au
www.lacapitale.com/collectif/assures/groupe8000.jsp

TABLE DES MATIÈRES

Description sommaire
des régimes

Régime obligatoire
d'assurance maladie

Régime facultatif
d'assurance vie

Régime obligatoire
d'assurance traitement
de longue durée

Renseignements
généraux

Taux de primes

DESCRIPTION SOMMAIRE DES RÉGIMES	9
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	9
ASSURANCE SOINS DENTAIRES (SANTÉ 3 SEULEMENT)	13
AUTRES RÉGIMES	14
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE	14
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE	15
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	17
1- Frais de médicaments S1-S2-S3	17
2- Autres frais admissibles	19
3- Exclusions et réductions du régime obligatoire d'assurance maladie	23
S2-S3 – ASSURANCE ET ASSISTANCE VOYAGE	24
1- Frais admissibles	25
2- Service d'assistance voyage	27
3- Obligations de l'assuré	28
4- Exclusions et réductions	29
S2-S3 – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	31
1- Causes d'annulation ou d'interruption	31
2- Frais couverts	32
3- Exclusions	33
4- Délai pour demander l'annulation	34
5- Coordination	35
S3 – ASSURANCE SOINS DENTAIRES	35
1- Soins préventifs	36
2- Restauration de base	38
3- Restauration majeure	39
4- Restauration complexe et prothèses	41
5- Orthodontie	46
6- Exclusions et réductions	47
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE	49
Adhérent actif	49
GARANTIES DE BASE D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT	49
1- Garantie de base d'assurance vie	49
2- Garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident	50
3- Restrictions et exclusions	51
4- Preuves d'assurabilité	52

PROLONGATION DES ANCIENS RÉGIMES D'ASSURANCE VIE (C4)	52
GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	53
1– Montant d'assurance	53
2– Preuves d'assurabilité	53
3– Restrictions ou exclusions	53
GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT	54
1– Montant d'assurance	54
2– Restrictions et exclusions	54
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE	54
1– Montant d'assurance	54
2– Preuves d'assurabilité	55
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU CONJOINT	55
1– Montant d'assurance	55
2– Preuves d'assurabilité	55
3– Restrictions ou exclusions	55
Adhérent retraité	56
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ	56
1– Montant d'assurance	56
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU CONJOINT DU RETRAITÉ	57
1– Montant d'assurance	57

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT

DE LONGUE DURÉE	59
1– Montant de la prestation	59
2– Délai de carence	61
3– Période de prestations	61
4– Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois	61
5– Réadaptation	62
6– Rétrogradation, réorientation professionnelle ou reclassement pour cause d'invalidité	62
7– Indexation	63
8– Définition de l'invalidité totale	63
9– Période d'invalidité totale	64
10–Droit de renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée	65
11–Fin d'exemption à la suite d'une renonciation	66
12–Exclusions et réduction du régime	66
13–Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	67
14–Représentation graphique de l'application de l'assurance traitement pour une personne détenant un emploi permanent régulier à temps plein et dont l'invalidité totale se poursuit au sens du contrat	68

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	69
1– Définitions	69
2– Admissibilité à l'assurance	74
3– Adhésion à l'assurance	77
4– Date d'entrée en vigueur de l'assurance	79
5– Changement de régime	80
6– Continuité de l'assurance en cas d'interruption totale ou partielle de travail ..	83
7– Exonération des primes	86
8– Changement des montants d'assurance	87
9– Droit de transformation	87
10–Terminaison de l'assurance	89
11–Prolongation de l'assurance	92
12–Paiement des primes	93
13–Procédures pour réclamer	94

TAUX DE PRIMES PAR PÉRIODE DE 14 JOURS EN VIGUEUR DU 9 AVRIL 2009 AU 7 AVRIL 2010	97
ADHÉRENT ACTIF	97
ADHÉRENT RETRAITÉ – TAUX MENSUELS AU 01.04.2009	102

Description sommaire
des régimes

Régime obligatoire
d'assurance maladie

Régime facultatif
d'assurance vie

Régime obligatoire
d'assurance traitement
de longue durée

Renseignements
généraux

Taux de primes

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Le tableau ci-dessous énumère les garanties offertes selon le régime obligatoire d'assurance maladie choisi. Une description plus détaillée de chaque garantie se retrouve aux pages suivantes.

	SANTÉ 1 (S1)	SANTÉ 2 (S2) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 24 MOIS	SANTÉ 3 (S3) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 36 MOIS
Frais remboursés à 100 %			
Hospitalisation	Non couverte	Non couverte	100 %, chambre semi-privée
Assurance et assistance voyage	Non couverte	100 %	100 %
Assurance annulation de voyage	Non couverte	100 %	100 %
Coassurance			
Médicaments et frais marqués d'un * dans le tableau	71 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent	80 % (85 % si génériques) des premiers 3 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent	80 % (85 % si génériques) des premiers 3 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Autres frais admissibles	Non couverts	80 % (Psychologue : 50 %)	80 % (Psychologue : 50 %)
Franchise annuelle	145 \$ (individuelle, monoparentale ou familiale)	Aucune	Aucune
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct

SANTÉ 1 (S1)		SANTÉ 2 (S2) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 24 MOIS	SANTÉ 3 (S3) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 36 MOIS
Autres frais admissibles			
* Injections sclérosantes (incluant le traitement des varices)	20 \$ admissibles par traitement, maximum 10 traitements par année civile	20 \$ admissibles par traitement, maximum 10 traitements par année civile	20 \$ admissibles par traitement, maximum 10 traitements par année civile
Appareils thérapeutiques	Non couverts	Remboursement maximal viager de 10 000 \$	Remboursement maximal viager de 10 000 \$
* Bas support	Non couverts	Maximum 3 paires par année civile	Maximum 3 paires par année civile
* Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	Non couvertes	Couvertes	Couvertes
* Fauteuil roulant, poumon d'acier, lit d'hôpital, chambre hyperbare	Non couverts	Couverts	Couverts
* Membre artificiel, prothèse ou autre équipement orthopédique	Non couverts	Couverts	Couverts
* Oxygène, sang, plasma sanguin	Non couverts	Couverts	Couverts
* Radiographies, examens de laboratoire, scans, résonance magnétique, ultrasons, radiothérapie ou radium thérapie pour fins de diagnostic	Non couverts	Maximum 300 \$ admissibles par année civile	Maximum 300 \$ admissibles par année civile
* Sterilet	Non couvert	Maximum 50 \$ admissibles par stérilet	Maximum 50 \$ admissibles par stérilet

	SANTÉ 1 (S1)	SANTÉ 2 (S2) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 24 MOIS	SANTÉ 3 (S3) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 36 MOIS
* Orthophoniste, audiologiste et ergothérapeute	Non couverts	Couverts	Couverts
* Ambulance	Non couverte	Couverte	Couverte
Appareil auditif	Non couvert	Maximum 600 \$ admissibles par 48 mois consécutifs	Maximum 600 \$ admissibles par 48 mois consécutifs
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couverte	Couverte	Couverte
Dentiste pour dommages accidentels	Non couvert	Couvert	Couvert
Pompe à insuline et frais d'entretien (tubulures, cathéters)	Non couverts	Pompe : maximum 8 000 \$ admissibles par 60 mois consécutifs Frais d'entretien : maximum 2 400 \$ admissibles par année civile	Pompe : maximum 8 000 \$ admissibles par 60 mois consécutifs Frais d'entretien : maximum 2 400 \$ admissibles par année civile
Prothèse capillaire à la suite de chimiothérapie	Non couverte	Maximum viager de 375 \$ admissibles	Maximum viager de 375 \$ admissibles
Réflectomètre / Glucomètre	Non couverts	Un appareil, maximum 300 \$ admissibles par 60 mois consécutifs	Un appareil, maximum 300 \$ admissibles par 60 mois consécutifs
Chiropraticien, acupuncteur et podiatre	Non couverts	30 \$ admissibles par traitement, maximum 20 traitements par année civile pour l'ensemble de ces professionnels et 40 \$ admissibles par année civile pour radiographies de chiropraticien	30 \$ admissibles par traitement, maximum 20 traitements par année civile pour l'ensemble de ces professionnels et 40 \$ admissibles par année civile pour radiographies de chiropraticien

	SANTÉ 1 (S1)	SANTÉ 2 (S2) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 24 MOIS	SANTÉ 3 (S3) MAINTIEN OBLIGATOIRE : 36 MOIS
Diététiste	Non couvert	30 \$ admissibles par visite, maximum 6 visites par année civile	30 \$ admissibles par visite, maximum 6 visites par année civile
* Physiothérapeute en clinique privée	Non couvert	30 \$ admissibles par traitement, maximum 20 traitements par année civile	30 \$ admissibles par traitement, maximum 20 traitements par année civile
Psychologue	Non couvert	Remboursement maximal de 350 \$ par année civile Remboursé à 50 %	Remboursement maximal de 350 \$ par année civile Remboursé à 50 %
Infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié à domicile	Non couvert	Non couvert	300 \$ admissibles par jour, remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile
Institution pour convalescents	Non couverte	Non couverte	100 \$ admissibles par jour, maximum 60 jours par année civile
Ostéopathe, naturopathe, homéopathe et massothérapeute	Non couverts	Non couverts	30 \$ admissibles par traitement, maximum 20 traitements par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (SANTÉ 3 SEULEMENT)

CATÉGORIE	POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT MAXIMAL *
Soins préventifs (examen buccal clinique, radiographies, test histologique, prévention, traumatisme endodontique, chirurgie buccale)	80 %	
Restauration de base (restauration des dents primaires et permanentes, chirurgie buccale)	65 %	700 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces catégories
Restauration majeure (endodontie, parodontie)	65 %	
Restauration complexe et prothèses (restauration de couronnes, chirurgie endodontique périapicale, parodontie, prothèses fixes et amovibles, ajustement et réparation d'une prothèse, rebasage et regarnissage, ponts fixes, chirurgie buccale)	50 %	
Orthodontie (services généraux, correction des habitudes buccales, appareils de maintien d'espace, orthodontie correctrice, appareils de rétention et orthodontie majeure)	50 %	700 \$ viager, par assuré

* Les frais admissibles pour chaque acte ne peuvent excéder les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus. Aucune franchise ne s'applique.

AUTRES RÉGIMES

Les tableaux ci-dessous énumèrent les garanties offertes selon les différents régimes choisis. Une description plus détaillée de chaque garantie se retrouve aux pages suivantes.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Adhérent actif

GARANTIE D'ASSURANCE VIE ET GARANTIE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT	
Garantie de base d'assurance vie de l'adhérent	1 fois le traitement annuel
Garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent	Même montant que l'assurance vie de base
Garantie <i>additionnelle</i> d'assurance vie de l'adhérent	1, 2, ou 3 fois le traitement annuel, selon le choix
Garantie <i>additionnelle</i> d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent	Montant égal ou inférieur au montant d'assurance vie additionnelle, selon le choix
Assurance vie des enfants à charge	5 000 \$
Assurance vie du conjoint Conjoint d'un adhérent de moins de 65 ans Conjoint d'un adhérent de 65 ans ou plus	1 à 5 tranches de 10 000 \$ 10 000 \$

Adhérent retraité

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

Adhérent de moins de 65 ans	Vous référer à la page 56 de la brochure
Adhérent âgé de 65 à 69 ans inclusivement	25 %, 50 % ou 100 % du traitement annuel au moment de la retraite, arrondi aux 1 000 \$ supérieurs, minimum de 5 000 \$
Adhérent de 70 ans ou plus	25 % ou 50 % du traitement annuel au moment de la retraite, arrondi aux 1 000 \$ supérieurs, minimum de 5 000 \$
Conjoint d'un adhérent de moins de 65 ans	1 à 5 tranches de 10 000 \$
Conjoint d'un adhérent de 65 ans ou plus	10 000 \$

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

Délai de carence	Épuisement de la banque de congés de maladie accumulés (minimum cinq jours ouvrables) + Première année de prestations de l'employeur
Période de prestations	Vous référer à la page 61 de la brochure
Montant de prestations Régime de base obligatoire Régime enrichi facultatif	60 % du traitement mensuel net 87,5 % du traitement mensuel net (Pour plus de détails, vous référer à la page 59 de la brochure)
Indexation des prestations	Oui, maximum 3 %
Prestations imposables	Non

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement encourus 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.

NOTES :

- Les termes S1, S2 et S3 indiquent à l'assuré le régime dans lequel les frais sont admissibles.
- Les professionnels de la santé doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou doivent être reconnus par le Comité et l'Assureur. Ils doivent exercer dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage de coassurance prévu au *Sommaire des régimes* de la page 9, après déduction d'une seule franchise annuelle, s'il y a lieu, et selon les montants déterminés au *Sommaire*.

DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.

1–Frais de médicaments **S1-S2-S3**

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 paragraphe précédent, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, 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.

Sont également admissibles les médicaments spécifiques suivants :

- Prodiem et autres laxatifs (à l'exclusion des lavements) pour les assurés quadriplégiques ou paraplégiques ;
- Imodium, Novo-Lopéramide et PMS-Lopéramide pour les maladies iléales (incluant la maladie de Crohn) et les colites ulcéreuses. Les suppléments alimentaires ne sont pas remboursables ;
- enzymes digestives du lactose pour les assurés âgés de moins de 18 ans ;
- enzymes pancréatiques dans les cas de pancréatite aiguë nécrosante sévère, de traumatisme abdominal majeur impliquant la destruction du pancréas, de pancréatite chronique ou de dysfonction digestive secondaire aux chirurgies gastro-jéjuno-iléo-hépatique majeure et résection du pancréas.

Exclusions :

- a) les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP ;
- b) les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullissants épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu ;
- c) les substances ou aliments diététiques ;
- d) les médicaments homéopathiques ;
- e) les médicaments administrés principalement à titre préventif ;
- f) les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques ;
- g) les produits antitabac (sauf ceux figurant sur la liste de médicaments de la RAMQ) ;
- h) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de la dysfonction érectile ;
- i) toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique ;
- j) les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

De plus, La Capitale 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. La Capitale 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, La Capitale se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de convenir de toute autre mesure avec le Preneur à compter de la date de l'approbation.

2—Autres frais admissibles

S1-S2-S3 Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes (incluant le traitement des varices)** requises médicalement et administrées par un médecin, jusqu'à concurrence de 20 \$ par séance d'injections et d'un maximum de 10 séances par année civile, par assuré.

S2-S3 Sur ordonnance médicale, les frais de location d'**appareils thérapeutiques** ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique.

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

- 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. : maximist, médipompe) ;
- les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.) ;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : apneamonitor) ;
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique) ;
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst) ;
- les neurostimulateurs percutanés (T.E.N.S.), etc.

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 d'un organe ou d'un membre.

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

Ces frais sont sujets à un remboursement maximal de 10 000 \$ viager par assuré.

- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais d'achat de **bas support** à compression forte ou moyenne, jusqu'à concurrence de trois paires par année civile, par assuré.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais d'achat de **chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également couverts les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que toutes formes de sandales, ne sont pas couvertes par la présente garantie.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par La Capitale, de **fauteuil roulant**, de **poumon d'acier**, de **lit d'hôpital** et de **chambre hyperbare**, pour usage temporaire.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais d'achat de **membre** ou d'**œil artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance et les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **prothèse**, de **plâtre**, de **pansement**, de **corset orthopédique**, de **bande herniaire**, d'**attelle**, de **béquilles** ou d'autre **équipement orthopédique**.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais pour **oxygène** et location de l'équipement servant à l'administrer, **sang**, **plasma sanguin**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les **radiographies**, les **examens de laboratoires**, les **scans**, les **tests de résonance magnétique**, les **ultrasons** et la **radiothérapie** ou **radium thérapie**, effectués aux fins de diagnostic, à l'exclusion des services reçus dans un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les frais d'achat d'un **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 50 \$ par stérilet.
- S2-S3** Sur ordonnance médicale, les honoraires d'**orthophoniste**, d'**audiologiste** et d'**ergothérapeute**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue. Un seul traitement par jour, pour le même patient, est sujet à prestation.

- S2-S3** Les frais de transport aller et retour par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris un voyage par avion ou par train en cas d'urgence.
- S2-S3** Les frais d'achat d'un **appareil auditif**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs, par assuré.
- S2-S3** Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée, à la condition que les soins soient prodigués dans les 12 mois de la date de l'accident. Ce délai peut toutefois être prolongé par La Capitale s'il est démontré que les soins ne peuvent être rendus à l'intérieur de 12 mois et pourvu que le contrat soit toujours en vigueur à la date des soins.
- S2-S3** Les services professionnels d'un **dentiste** rendus dans les 12 mois suivant la date d'un accident survenu après le commencement de l'assurance pour réparer les dommages accidentels à des dents saines et naturelles ou pour réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire. Toutefois, tout acte, traitement, prothèse de quelque nature que ce soit, reliés à un implant, ne sont pas admissibles à un remboursement.
- S2-S3** Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, pourvu que la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum admissible est limité à 8 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré. Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont sujets à un maximum admissible de 2 400 \$ par année civile, par assuré.
- S2-S3** Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible viager de 375 \$, par assuré.
- S2-S3** Les frais d'achat d'un appareil mesurant le taux de glucose sanguin (**réflectomètre, glucomètre, glucoscan, accucheck**), incluant la mallette de transport, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré. Ces frais sont remboursables sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- S2-S3** Les honoraires des professionnels suivants : **chiropraticien** (traitement et examen), **acupuncteur, podiatre**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels et d'un maximum admissible de 40 \$ par année civile, par assuré, pour les **radiographies** (incluant les examens fluoroscopiques) **de chiropraticien**. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

- S2-S3** Les honoraires d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 30 \$ par visite et d'un maximum de six visites par année civile, par assuré. Une seule visite par jour pour le même assuré, est sujette à prestation.
- S2-S3** Les honoraires d'un **physiothérapeute** pour des soins rendus en clinique privée par des « physiothérapeutes » ou par des « thérapeutes en réadaptation physique » exerçant sous la surveillance d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même patient, est sujet à prestation.
- S2-S3** Les honoraires d'un **psychologue**, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, **sont remboursés à 50 %**, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 350 \$ par année civile, par assuré.
- S3** Les services professionnels d'un **infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié**, pour des soins rendus au domicile de l'adhérent, lorsque prescrits par un médecin pour des raisons médicales justifiables, à l'exclusion des soins fournis par toute personne qui réside habituellement dans la demeure de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par assuré.
- S3** Les frais d'**hospitalisation** pour des soins de courte durée supportés dans un centre hospitalier au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) en vertu de la *Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec*, sans limite quant au nombre de jours. **Ces frais sont remboursés à 100 %.**
- S3** Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans une **institution pour convalescents** reconnue comme telle par la loi sur l'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 100 \$ par jour, par assuré. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 60 jours par année civile, par assuré.
- S3** Les honoraires des professionnels suivants : **ostéopathe, naturopathe, homéopathe et massothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation.

3—Exclusions et réductions du régime obligatoire d'assurance maladie

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

- a) pour des vaccins préventifs ;
- b) pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement ;
- c) pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- d) pour des frais engagés pour des soins dentaires ou esthétiques, à l'exception de ceux prévus par le régime ;
- e) pour des soins prodigués gratuitement ;
- f) pour tout produit ou service non médicalement requis ;
- g) pour des prothèses capillaires, à l'exception de celles prévues par le régime ;
- h) pour un examen de la vue ou de l'ouïe ;
- i) pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier, à moins que les soins ou services ne soient prescrits par un médecin ;
- j) 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 ;
- k) pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées ;
- l) dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lorsque les frais sont reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils ont été engagés après que la recommandation a été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- m) pour une condition survenue lors de la participation à un acte criminel ou réputé tel ;
- n) pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions qui s'appliquent spécifiquement à cette garantie s'ajoutent à celles mentionnées précédemment.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, et les frais pour lesquels l'assuré 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, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime.

S2-S3

ASSURANCE ET ASSISTANCE VOYAGE

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits dans l'assurance voyage sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence, résultant d'un accident ou d'une maladie, survenue alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Ces frais sont remboursés à 100 % et le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.

Les frais prévus aux trois premiers alinéas ci-dessous et 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 l'adhérent est affecté 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 l'adhérent, là où les soins ou les services requis sont disponibles.

1–Frais admissibles

Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré ;
- les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation ;
- les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires ; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré ;
- le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence ;
- les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage ;
- la location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant ;
- les honoraires professionnels d'un dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, 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.

Frais de transport

- les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux, lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition ;

- les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur ;
- lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés ;
- lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser sept jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur ;
- l'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper ;
- lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire le véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$;
- dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à la condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'accompagnait l'assuré lors de son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$;
- dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation

dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

Allocations de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant huit jours.

2–Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

- avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à La Capitale ;
- en cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de l'assuré dans une clinique ou un hôpital approprié ;
- sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant et éventuellement, le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation ;
- l'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même ;
- l'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré pour ensuite être remboursés par La Capitale si admissibles ;

- sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication encourus pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger ;
- l'Assisteur fournit, sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc. ;
- l'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger un service téléphonique d'interprètes polyglottes ;
- lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada et aux États-Unis.

3–Obligations de l'assuré

AVIS : L'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

RESTRICTION : L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.

BILLETS NON UTILISÉS : Lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assistance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

SUBROGATION : Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'Assisteur. L'assuré convient de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

4–Exclusions et réductions

En plus des exclusions et réduction se rapportant au régime obligatoire d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par La Capitale ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré ;
- b) lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré ;
- c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite ;
- d) lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- e) lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle l'assuré a été hospitalisé, pour laquelle il a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de La Capitale que la condition de l'assuré est stabilisée. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical. **Dans un tel cas, l'assuré doit communiquer avec La Capitale, au moins sept jours avant son départ, pour l'informer de sa situation médicale ;**
- f) lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré et sujette à des périodes d'aggravation soudaine, qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement ;
- g) lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des 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 l'assuré ;
- h) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales ;

- i) pour 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'un médecin ou non ;
- j) pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature, telles que le ski alpin et la plongée sous-marine ;
- k) à la suite de l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;
- l) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas des tels événements ou situations.

La Capitale peut, en tout temps et à sa seule discrétion, changer l'Assisteur aux fins de la présente garantie.

EN CAS D'URGENCE

Les informations apparaissant sur la carte de services sont nécessaires lorsque l'assuré désire rejoindre les services de l'Assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :

- Au Canada et aux États-Unis : **1 800 363-9050**
- À travers le monde à frais virés : **1 514 985-2281**

S2-S3

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

La Capitale paie 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par assuré, par voyage.

Régime obligatoire
d'assurance maladie

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 empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires, de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage ;
- b) le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires ;
- c) le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage, si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue 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 l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause ;
- f) la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de sept jours avant la date prévue du départ ;
- g) le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage ;
- h) un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable sept jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage ;

- i) le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- j) le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés;
- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins trois heures avant le départ ou au moins deux heures si la distance à parcourir était inférieure à 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 la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;
- l) les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur, pour autant que cette correspondance soit retardée 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 et rendant impossible la tenue de l'activité, de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- n) la perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

2–Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à 5 000 \$ par assuré, par voyage.

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;

- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son 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 l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet 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 retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les 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 retour jusqu'au point de départ ; ces frais doivent au préalable être convenus avec La Capitale.
- Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de sept jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept jours ;
- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

3–Exclusions

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

- a) si le voyage est entrepris 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 une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne ;

- c) une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- d) la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel ;
- e) la grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- f) une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non ;
- g) l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;
- h) la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse ;
- i) **une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de La Capitale que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical ;**
- j) lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement ;
- k) si l'activité visée est la chasse ou la pêche.

4—Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé 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 avisée 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.

5—Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

S3 ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Seul l'adhérent participant au Santé 3 est admissible à l'assurance soins dentaires.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2008 » approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux soins décrits ci-après, qui s'ajoute pendant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

Avant d'entreprendre un plan de traitement important, il est préférable pour l'adhérent de soumettre ledit plan de traitement à La Capitale en faisant parvenir le formulaire d'évaluation rempli par le dentiste.

Modalités de remboursement

Lorsqu'un adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurée, le cas échéant, engage des frais couverts par l'assurance soins dentaires, La Capitale rembourse ces frais selon les pourcentages de remboursement suivants :

- Soins préventifs : 80 %
- Restauration de base : 65 %
- Restauration majeure : 65 %
- Restauration complexe et prothèses : 50 %
- Orthodontie : 50 %

La Capitale rembourse un maximum de 700 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble des soins dentaires, excluant l'orthodontie. Les soins d'orthodontie sont limités à un maximum viager de 700 \$ par assuré.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, La Capitale rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

1–Soins préventifs

Diagnostic

- examen buccal clinique :
 - a) examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 60 mois consécutifs (01120, 01130);
 - b) examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un **examen par période de neuf mois consécutifs** (01200);
 - c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250);
 - d) examen d'urgence, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01300);
 - e) examen d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01400);
 - f) examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500).

Radiographies

- radiographies intra-orales :
 - a) radiographie périapicale (02111 à 02116);
 - b) radiographie occlusale (02131, 02132);
 - c) radiographie interproximale (02141 à 02144);
 - d) radiographie des tissus mous (02151 à 02152).

- radiographies extra-orales :
 - a) pellicule extra-orale (02201, 02202) ;
 - b) examen des sinus (02304) ;
 - c) sialographie (02400) ;
 - d) substance radio-opaque (02430) ;
 - e) articulation temporo-mandibulaire (02504) ;
 - f) pellicule panoramique jusqu'à concurrence d'une pellicule par période de 60 mois consécutifs (02600).

Test histologique

- biopsie de tissu mou (04302) ;
- biopsie de tissu dur par ponction et incision (04311, 04312).

Prévention

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de neuf mois consécutifs (11100, 11200, 11300) ;
- application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 12 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400) ;
- scellants de puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 6 à 13 ans (13401, 13404) ;
- meulage interproximal des dents (13700).

Traumatisme endodontique

- pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39904, 39912 à 39914) ;
- réimplantation d'une dent avulsée (39981) ;
- reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985) ;
- ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39201, 39202, 39211, 39212) ;
- meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970).

Chirurgie buccale

- incision et drainage chirurgicaux (75100);
- traitement post chirurgical sans anesthésie (79601, 79602).

2–Restauration de base

Restauration

- dents primaires :
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105);
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125);
 - c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315).
- dents permanentes :
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215);
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225);
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235);
 - d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245);
 - e) tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304);
 - f) supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous le crochet d'une prothèse partielle (21501, 23701).
 - g) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118);
 - h) facette (antérieure et prémolaire) (23121 à 23123);
 - i) prémolaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage (23210 à 23215);
 - j) molaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage (23220 à 23225);
 - k) incrustation, métal (25100, 25200, 25300, 25500);
 - l) incrustation, sans recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25121 à 25123);
 - m) incrustation, avec recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25521);
 - n) tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604).

Restriction concernant les restaurations en composite

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures est limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame.

Chirurgie buccale

- tubéroplastie (73150, 73151);
- ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176);
- ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186).

Régime obligatoire
d'assurance maladie

3—Restauration majeure

Endodontie

- carie / trauma / contrôle de la douleur :
 - a) pansement sédatif (20111 à 20121);
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131);
 - c) recimentation d'un fragment de dent brisée (20161).
- urgence endodontique :
 - a) pulpotomie (32201, 32202, 32204, 32205 et 32210).
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120).
- thérapie canalair :
 - a) traitement de canal :
 - un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112);
 - deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212);
 - trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312);
 - quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412);
 - canal additionnel (33475).

- b) apexification :
 - un canal (33521, 33531, 33541);
 - deux canaux (33522, 33532 à 33542);
 - trois canaux (33523, 33533 à 33543);
 - quatre canaux ou plus (33524, 33534, 33544).
- réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption par une approche non chirurgicale, par dent (34511).
- chirurgie endodontique périapicale :
 - a) apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34101 à 34104, 34111, 34112, 34114, 34115).

Parodontie

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200).
- application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile, par assuré, pour toutes les dents (41300).
- traitements parodontaux d'appoint :
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260);
 - b) jumelages permanents (43290, 43295);
 - c) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310);
 - d) détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de neuf mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419);
 - e) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631);
 - f) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741);
 - g) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229).

4–Restauration complexe et prothèses

Restauration

- couronnes complètes préfabriquées :
 - a) couronne en acier inoxydable (27403, 27413);
 - b) couronne polycarbonate ou autre matériau similaire (27421 à 27424).

Chirurgie endodontique périapicale

- apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215);
- amputation de racine (34401, 34402);
- réimplantation intentionnelle (34451 à 34453);
- hémisection (39230).

Parodontie

- chirurgie parodontale :
 - a) curetage gingival et surfaçage radiculaire (42000, 42001);
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010);
 - c) fibrotomie (42330, 42331);
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100);
 - e) greffe (tissus mous) (42200, 42300, 42301);
 - f) Wedge proximal (mésial ou distal) (42400).

Prothèses fixes

- couronne individuelle :
 - a) acrylique cuit (27100);
 - b) intermédiaire (de transition) en acrylique (27130, 27150);
 - c) porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal (27200, 27210, 27300, 27310, 27401, 27501, 27503, 28211).
- corps coulé (27640, 27700, 27701, 27707, 27710 à 27712);

- réparation d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil (27721);
- réparation de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirect (27722);
- réparation de porcelaine d'une couronne non décimentée, indirect (27723);
- recimentation et/ou ablation (29100, 29200, 29300);
- pivot préfabriqué (29501 à 29503);
- pivot préfabriqué et reconstitution (25751 à 25753, 25771 à 25773);
- reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne, y compris les tenons, dent vivante ou dévitalisée (29600).

Prothèses amovibles

- prothèse complète (51100, 51110, 51120, 51201 à 51203);
- prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320);
- prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620);
- prothèse complète hybride (51701 à 51703, 51711 à 51713);
- prothèse complète amovible sur implants (51911, 51912, 51914, 51915, 51921, 51922, 51931, 51932, 57202);
- prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232);
- prothèse partielle acrylique sur implants (52311, 52312, 52314, 52315, 52321, 52322);
- prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223);
- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52530, 52541);
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620);
- prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630);
- prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702);
- prothèses partielles, base coulée, sur implants (52711, 52712, 52714, 52715, 52721, 52722).

Ajustement d'une prothèse

- ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de six mois après la pose initiale de la prothèse (54250, 54251) ;
- remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle (54300 à 54302).

Réparation d'une prothèse complète ou partielle

- réparation d'une prothèse complète sans empreinte (55101 à 55104) ;
- réparation d'une prothèse complète avec empreinte (55201 à 55204) ;
- ajouts de structure à une prothèse partielle (55520, 55530) ;
- nettoyage et polissage d'une prothèse (55700) ;
- remplacement des dents d'une prothèse (56602) ;
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631).

Rebasage et regarnissage

- duplicata d'une prothèse (56100, 56101) ;
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232) ;
- rebasage (jump) (56260 à 56263, 56280, 56290) ;
- garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273).

Restriction concernant le rebasage et le regarnissage

Ces services dentaires sont remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de six mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois, ces services ne seront pas remboursables s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

Ponts fixes

- pontique (62000, 62100, 62502, 62510, 62700, 62702, 62801) ;
- pont Papillon (Rochette) ou Maryland (65500) ;
- pont Monarch (65510).

Ponts fixes, services complémentaires

- sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante (63031);
- décimentation d'un pont devant être recimenté (66600);
- immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique pour souder une fracture (66601);
- ablation d'un pont ne devant pas être recimenté (66610);
- recimentation d'un pont fixe incluant pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre) (66620);
- réparations d'un pont fixe (66710, 66720, 66723);
- piliers de pont (67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410, 67600);
- barre d'ancrage pour fixer à des capuchons (67501);
- pilier, incrustation :
 - a) métal (67711 à 67713);
 - b) porcelaine, céramique ou résine (67721 à 67723).
- tenons de rétention pour couronnes et/ou piliers de pont (69701 à 69704).

Chirurgie buccale

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111);
- ablations chirurgicales :
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100, 72110);
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240);
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320);
 - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350);
 - e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412);
 - f) déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440);
 - g) énucléation d'une dent (72450).

- correction et remodelage des tissus buccaux :
 - a) alvéolectomie (73020) ;
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110) ;
 - c) stomatoplastie (73123) ;
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140) ;
 - e) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361) ;
 - f) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384) ;
 - g) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404).
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste :
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109) ;
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410).
- incision et drainage chirurgicaux (75101, 75110) ;
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361) ;
- lacération de tissu mou, réparation (76950, 76951) ;
- lacération de part en part, réparation (76952, 76953) ;
- frénectomie (77801 à 77803) ;
- dislocation de la mandibule (78110, 78111) ;
- glande salivaire, traitement (79103, 79104 à 79106, 79113, 79144) ;
- récupération d'une racine dentaire (79301, 79303) ;
- sinus maxillaire, lavage (79304, 79305) ;
- fistule oro-antrale, fermeture (79306 à 79308) ;
- traitement d'une hémorragie (79400, 79401).

Services généraux complémentaires

- sédation consciente par inhalation ou voie intraveineuse (92311 à 92319).

Restrictions concernant les prothèses amovibles, les prothèses fixes et les ponts fixes

Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou à un pont fixe sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :

- que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe ; ou
- que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et, si cette prothèse ou ce pont fixe a été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins cinq ans avant le remplacement.

Lorsque des prothèses fixes servent de piliers à un pont fixe, ces prothèses fixes sont remboursables selon les mêmes conditions que les ponts fixes.

5–Orthodontie

Services généraux d'orthodontie

- examen spécifique et diagnostique d'orthodontie (01902) ;
- examen complet d'orthodontie (80000) ;
- ajustements, modifications ou recimentation (appareils fixes ou amovibles) (80630, 80640, 80650, 80671).

Correction des habitudes buccales (14045, 14050, 14100 à 14102, 14201, 14202, 14300)

Appareils de maintien d'espace

- sur bagues (15108 à 15111, 15120) ;
- sur couronne en acier (15200, 15210) ;
- appareils amovibles (15400, 15410) ;
- avec mordantage à l'acide (15420).

Orthodontie corrective

- appareils amovibles (81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162);
- appareils orthopédiques (81171 à 81175);
- appareils fixes (81201 à 81214, 81261, 81271, 81291 à 81294).

Appareils de rétention (83100, 83111, 83112, 83200, 83210)

Orthodontie majeure

- traitement d'orthodontie complet majeur (84000);
- traitement d'orthodontie complet majeur en deux phases (84500, 84600);
- versement sur traitement d'orthodontie en cours (89600).

6—Exclusions et réductions

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par La Capitale pour les traitements dentaires suivants :

- les traitements dentaires gratuits ou ceux que l'assuré n'est pas tenu de payer, ainsi que ceux qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat ;
- les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet ; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré ;
- les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis du point de vue dentaire ou qui ne sont pas recommandés ou approuvés par le dentiste traitant, ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire ;
- les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence ;

- e) les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- f) les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour compléter des formulaires de demande de prestations requis par La Capitale, ou pour des informations additionnelles requises par La Capitale ; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication ;
- g) les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour une consultation avec l'assuré ou pour une consultation avec un autre dentiste ;
- h) les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire ;
- i) les protecteurs buccaux ;
- j) les traitements dentaires reliés aux implants ;
- k) les traitements dentaires administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier ;
- l) les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur ;
- m) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés qui ont été mis en bouche alors que le présent régime de soins dentaires était en vigueur, à moins qu'il ne se soit écoulé au moins cinq ans depuis ladite mise en bouche.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Les différentes options qui composent ce régime sont les suivantes :

ADHÉRENT ACTIF

GARANTIES DE BASE D'ASSURANCE VIE ET D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

La garantie de base d'assurance vie est requise pour adhérer à toutes les autres garanties de ce régime. Elle se détaille comme suit :

1–Garantie de base d'assurance vie

Le montant de protection est égal à 1 fois le traitement annuel.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois 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 écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée à 50 % du montant d'assurance vie base de l'adhérent, sans excéder 50 000 \$.

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 l'adhérent, le montant payable par La Capitale est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'un intérêt comparable au taux du marché.

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

2—Garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Si un adhérent subit l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, par suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, La Capitale paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent.

TABLEAU DES PERTES

PERTE	POURCENTAGE
– de la vie	100 %
– des deux mains	100 %
– des deux pieds	100 %
– de la vision des deux yeux	100 %
– d'une main et d'un pied	100 %
– d'une main et de la vision d'un œil	100 %
– d'un pied et de la vision d'un œil	100 %
– d'une main ou d'un pied	50 %
– de la vision d'un œil	50 %

La perte d'une main ou d'un pied signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un œil signifie la perte totale et irrémédiable de la fonction, à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

L'indemnité en cas de mort accidentelle ou mutilation est accordée sur une base de 24 heures par jour, que l'adhérent soit au travail ou non.

Avant d'accorder ladite prestation, La Capitale a le droit de faire examiner l'adhérent ou le corps et demander, le cas échéant, qu'une autopsie soit pratiquée, à moins que la loi ne s'y oppose.

L'indemnité pour un même accident est limitée à 100 % du montant de la prestation.

3—Restrictions et exclusions

- a) Aucune restriction ou exclusion n'affecte la garantie de base d'assurance vie.
- b) La garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident n'est pas payable si la perte subie survient dans les cas suivants :
 - en raison de toute infection ou infirmité ou maladie corporelle ou mentale ayant existé avant la date de l'accident ou ayant commencé après celle-ci, sauf s'il s'agit de maladie ou d'infection répondant à la définition de « mort ou mutilation par accident » ;
 - en raison d'une tentative de suicide ou du suicide de l'adhérent, ou d'une blessure ou mutilation que l'adhérent s'est infligée ou s'est fait infliger, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
 - en raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent ;
 - en raison d'une insurrection, d'une guerre ou du service dans les forces armées de tout pays en état de guerre, que les hostilités soient déclarées ou non, ou de la participation active à une émeute, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent ;
 - en raison de la prise, l'administration, l'inhalation ou l'absorption, volontaire ou non, de tout gaz, poison, drogue ou médicament, autrement qu'à la suite d'un accident causé par le travail de l'adhérent ;
 - pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées ;
 - 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 participation de l'adhérent à un acte criminel ou réputé tel.

4—Preuves d'assurabilité

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsque l'adhérent demande cette garantie dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité. En dehors de ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises.

PROLONGATION DES ANCIENS RÉGIMES D'ASSURANCE VIE (C4)

Ce régime s'adresse aux personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie en vigueur avant le 12 janvier 1989 et qui bénéficiaient de la clause de prolongation prévue dans le contrat antérieur.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

Le montant d'assurance vie payable au décès de l'adhérent est celui accordé en vertu du contrat antérieur.

L'adhérent qui n'est pas assuré en vertu de la garantie additionnelle d'assurance vie peut réduire cette protection en tout temps en autant qu'il conserve des tranches de 10 000 \$.

GARANTIE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Le montant d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident est celui accordé en vertu du contrat antérieur.

L'adhérent qui n'est pas assuré en vertu de la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident peut réduire cette protection en tout temps en autant qu'il conserve des tranches de 10 000 \$.

Cette garantie est dissociable de celle d'assurance vie. Cependant si la garantie d'assurance vie est annulée, la garantie en cas de mort ou mutilation par accident l'est aussi.

GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

1–Montant d'assurance

Cette garantie permet à l'adhérent d'ajouter un montant d'assurance additionnel équivalant à 1, 2 ou 3 fois son traitement annuel.

- a) pour avoir droit à cette garantie, l'adhérent doit participer aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident ;
- b) la tarification proposée pour cette garantie varie selon le sexe et le statut de fumeur ou de non-fumeur. Pour être considéré comme non-fumeur, l'adhérent ne doit pas avoir fait usage de tabac au cours de la dernière année. La personne qui cesse de fumer pendant au moins 12 mois consécutifs peut ensuite se prévaloir de la tarification de non-fumeur, à la condition d'en faire la demande à La Capitale.

NOTE: Toute fausse déclaration de non-fumeur faite au moment de la signature et constatée lors du décès peut entraîner l'annulation de la protection et le remboursement des primes tiendra lieu de prestation.

2–Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps pour adhérer à cette garantie.

3–Restrictions ou exclusions

Cette garantie ne s'applique pas si l'adhérent meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 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'il soit sain 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.

GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

1–Montant d'assurance

Cette garantie permet à l'adhérent de compléter son assurance de base en cas de mort ou de mutilation par accident. L'adhérent doit détenir la garantie additionnelle d'assurance vie de l'adhérent pour pouvoir adhérer à la présente garantie, et le montant d'assurance pourra être égal ou inférieur à celui détenu en vertu de cette garantie, soit de 1, 2 ou 3 fois le traitement annuel.

Le montant de protection est établi en fonction du tableau des pertes de la garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident à la page 50, mais ajusté selon le nombre de fois le traitement annuel.

2–Restrictions et exclusions

Les restrictions et exclusions décrites en page 51 et s'appliquant à la garantie de base d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident s'appliquent également à la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE

1–Montant d'assurance

Cette garantie permet à l'adhérent d'assurer chacun de ses enfants à charge âgés de 24 heures ou plus pour un montant d'assurance vie de 5 000 \$.

Pour avoir droit à cette garantie, l'adhérent doit participer aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident ou à la prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4) et en faire la demande à la section prévue du formulaire de demande d'adhésion.

2–Preuves d’assurabilité

Aucune preuve n’est exigée lorsque l’adhérent demande cette garantie dans les 31 jours suivant la date d’admissibilité ou de la venue d’un premier enfant à charge. Le délai de 31 jours écoulé, des preuves d’assurabilité seront requises pour chaque enfant à charge. Par la suite cependant, tous les enfants qui naîtront ou seront adoptés seront automatiquement assurés, pourvu que l’adhérent maintienne sa participation à ce régime.

GARANTIE D’ASSURANCE VIE DU CONJOINT

1–Montant d’assurance

Cette garantie permet à l’adhérent d’assurer son conjoint pour un montant d’assurance vie variant de 1 à 5 tranches de 10 000 \$, selon son choix. Lorsque l’adhérent atteint l’âge de 65 ans, le montant d’assurance vie du conjoint est réduit à 10 000 \$.

Pour avoir droit à cette garantie, l’adhérent doit participer aux garanties de base d’assurance vie et d’assurance en cas de mort ou mutilation par accident ou à la prolongation des anciens régimes d’assurance vie (C4).

La tarification est la même que celle utilisée pour la garantie additionnelle d’assurance vie de l’adhérent et les primes sont basées sur le sexe et les habitudes tabagiques du conjoint, mais sur l’âge de l’adhérent.

2–Preuves d’assurabilité

En tout temps des preuves d’assurabilité sont requises pour adhérer à cette garantie ou lors de l’addition de nouvelles tranches.

3–Restrictions ou exclusions

Cette garantie ne s’applique pas si le conjoint meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 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’il soit sain 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.

ADHÉRENT RETRAITÉ

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ

1 – Montant d'assurance

L'employé assuré en vertu du régime facultatif d'assurance vie, qui prend sa retraite ou qui quitte son emploi alors qu'il est âgé de 50 ans ou plus, peut conserver un montant d'assurance vie, selon ce qui est prévu ci-après, à la condition d'en faire la demande à La Capitale au cours de la période de 30 jours suivant la date de la retraite ou de la terminaison de ses fonctions.

Toutefois, le montant que l'adhérent décide de maintenir ne pourra être augmenté par la suite, mais il pourra être réduit en tout temps.

Il est à noter que la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident cesse à la retraite.

Aux fins de la présente, l'employé âgé de 50 ans ou plus est considéré comme un retraité.

AVANT 65 ANS

- l'adhérent retraité peut conserver le montant d'assurance vie qu'il détenait immédiatement avant sa retraite ou opter pour un montant moindre;
- l'adhérent retraité peut en tout temps réduire son montant d'assurance vie, mais cette réduction devra se faire dans l'ordre suivant :
 - a) enlever les multiples du traitement annuel qui composent la garantie additionnelle d'assurance vie (1, 2 ou 3 fois le traitement annuel);
 - b) enlever la protection détenue dans la prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4);
 - c) la protection de la garantie de base d'assurance vie peut être maintenue selon des pourcentages de 100 %, 50 % ou 25 % du traitement annuel au moment de la retraite, arrondi aux 1 000 \$ supérieurs. Le montant conservé ne sera cependant jamais inférieur à 5 000 \$.
- l'adhérent retraité peut aussi abandonner complètement sa protection d'assurance vie. Dans ce cas, il ne pourra pas réintégrer la garantie d'assurance vie à l'intention des retraités par la suite, même s'il fournissait des preuves d'assurabilité.

DE 65 À 69 ANS INCLUSIVEMENT

L'adhérent retraité ne peut conserver qu'un montant égal à 25 %, 50 % ou 100 % de son traitement annuel au moment de la retraite, arrondi aux 1 000 \$ supérieurs. Le montant conservé ne sera jamais inférieur à 5 000 \$.

À 70 ANS OU PLUS

L'adhérent retraité ne peut conserver qu'un montant égal à 25 % ou 50 % de son traitement annuel au moment de la retraite, arrondi aux 1 000 \$ supérieurs. Le montant conservé ne sera jamais inférieur à 5 000 \$.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU CONJOINT DU RETRAITÉ

1–Montant d'assurance

L'adhérent retraité peut conserver des montants d'assurance vie pour le conjoint de la façon suivante :

AVANT 65 ANS (ÂGE DE L'ADHÉRENT)

- l'adhérent retraité peut conserver l'assurance vie de son conjoint par tranche de 10 000 \$ (1 à 5 tranches), jusqu'à concurrence du montant qu'il détenait au moment de sa retraite ;
- la tarification utilisée est établie en fonction de l'âge de l'adhérent.

À 65 ANS OU PLUS (ÂGE DE L'ADHÉRENT)

- l'adhérent retraité peut conserver pour son conjoint un montant d'assurance vie de 10 000 \$;
- la tarification utilisée est établie en fonction de l'âge de l'adhérent.

LORS DU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

- si l'adhérent retraité meurt, le conjoint peut maintenir son assurance vie du conjoint ;
- la tarification utilisée sera alors établie en fonction de l'âge du conjoint.

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation, par La Capitale, de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide, tel que défini aux présentes, et après expiration du délai de carence défini ci-après, La Capitale verse à cet adhérent une indemnité mensuelle dont le montant est déterminé ci-dessous.

1—Montant de la prestation

- **Au cours de la première année** de versement de prestation par La Capitale, le montant versé correspond à ce qui suit :
 - a) Régime de base obligatoire : **60 %** du traitement net moins 50 % du traitement net à la date d'épuisement des congés de maladie accumulés.
 - b) Régime enrichi facultatif : **87,5 %** du traitement net moins 50 % du traitement net à la date d'épuisement des congés de maladie accumulés.
- **Pour les années subséquentes**, le montant versé est calculé de la façon suivante :
 - a) Régime de base obligatoire : **60 %** du traitement net utilisé pour le calcul des prestations de la première année.
 - b) Régime enrichi facultatif : **87,5 %** du traitement net utilisé pour le calcul des prestations de la première année.

Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées ci-après et il est déterminé en tenant compte des prestations payables en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur, que ces prestations soient payées ou non.

Coordination des prestations

La rente payable en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée est réduite de la somme des montants initiaux, nets d'impôt, suivants :

- a) Les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à La Capitale démontrant qu'une telle demande ait été refusée.

Un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- b) Les prestations d'invalidité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou de toute autre loi sociale qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à La Capitale démontrant qu'une telle demande ait été refusée.
- c) Les prestations, indemnités ou revenus, reliés ou non à l'invalidité, payables à l'adhérent et provenant :
 - du régime d'assurance traitement de l'employeur ;
 - d'un régime collectif d'assurance traitement ;
 - de tout régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic, dans la mesure où il s'agit d'une rente d'invalidité ou d'une rente de retraite payable sans réduction actuarielle.

La Capitale ne peut obliger l'adhérent invalide à demander une rente de retraite, au moment où il y devient admissible, si celle-ci comporte une réduction actuarielle, que ce soit une rente de retraite payable en vertu du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada ou de tout autre régime collectif de retraite. Toutefois, dans le cas d'un adhérent invalide qui fait la demande d'une telle rente comportant une réduction actuarielle, le montant de la rente payable en vertu de la présente garantie sera réduit du montant de la rente de retraite payée à l'adhérent.

- d) Au cours des 60 premiers mois d'invalidité de tout revenu tiré d'un emploi, sauf si cet emploi est touché par les dispositions relatives aux points 5 et 6.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux paragraphes a), b) et c) et provenant de l'indexation au coût de la vie ne peut réduire le montant de l'indemnité payable en vertu de ce régime.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 de l'indemnité mensuelle pour un jour civil au cours de ce mois.

2–Délai de carence

Signifie le nombre de jours inclus dans la banque de congés de maladie de l'adhérent (minimum cinq jours ouvrables) plus la première année au cours de laquelle le régime d'assurance traitement de l'employeur est payable.

3–Période de prestations

Le premier versement d'indemnité est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

Le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ;
- la cessation de l'invalidité totale ;
- le défaut de produire les preuves de la persistance de l'invalidité jugées satisfaisantes par La Capitale ;
- le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par La Capitale ;
- le décès de l'adhérent ;
- l'exercice d'une occupation rémunératrice par l'adhérent, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

4–Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois

Employé saisonnier

- la rente mensuelle n'est payable qu'à l'égard des périodes prévues d'emploi ;
- le délai de carence et la période de prestations à l'égard de laquelle la rente est effectivement payée sont déterminés en tenant compte de la plus longue des périodes prévues ci-après :
 - a) la période courante pour laquelle l'employé a effectivement été rappelé ;
 - b) la durée moyenne des trois périodes les plus récentes pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

Employé occasionnel

Pour le personnel occasionnel engagé par contrat pour une durée d'un an ou plus, la banque de congés de maladie (minimum cinq jours ouvrables) doit être épuisée avant la fin du contrat pour que la rente soit payable. La rente mensuelle est établie comme si l'employeur avait versé des prestations d'assurance traitement, et ce, même si celles-ci cessent à la fin prévue du contrat de travail de l'employé occasionnel.

5—Réadaptation

- a) L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de La Capitale a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite au paragraphe b). Le paiement de cette rente prend fin dès :
 - l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation ; ou
 - l'interruption du programme de réadaptation ; ou
 - le retrait par La Capitale de l'approbation du programme de réadaptation.
- b) La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 60 % de la rémunération nette du travail accompli au cours du programme de réadaptation.
- c) Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.
- d) De plus, le programme de réadaptation convient que, lors du retour progressif dans son emploi, La Capitale verse une rente sur les jours non travaillés seulement.

6—Rétrogradation, réorientation professionnelle ou reclassement pour cause d'invalidité

Si un adhérent est rétrogradé selon les dispositions du règlement de travail concernant la rétrogradation, la réorientation professionnelle ou le reclassement, selon le cas, pour cause d'invalidité, le montant annuel de l'indemnité, indexé s'il y a lieu, est réduit de 60 % du salaire net provenant de son emploi de rétrogradation, de réorientation professionnelle ou de reclassement, selon le cas, à compter de la date effective de la rétrogradation, de la réorientation professionnelle ou du reclassement pour cause d'invalidité.

Le montant annuel de l'indemnité initiale ainsi calculé est indexé de 3 % au 1^{er} janvier de chaque année et est payable tant que dure l'invalidité totale, sans toutefois dépasser l'âge de 65 ans.

Si l'adhérent reçoit des prestations d'assurance traitement de son employeur provenant de son travail de rétrogradation, de réorientation professionnelle ou de reclassement pour cause d'invalidité, le paiement de l'indemnité décrite précédemment n'est pas interrompu.

La somme de l'indemnité d'assurance traitement et de la rémunération nette de l'emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement ne peut cependant pas excéder 100 % du traitement net que l'adhérent recevait au moment du début de son invalidité.

7—Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de la prestation qui lui est effectivement versée est majoré de 3 % au 1^{er} janvier de chaque année.

8—Définition de l'invalidité totale

Invalidité totale

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

L'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les 36 mois suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, « l'invalidité totale » est une incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :

- les 36 premiers mois suivant le début de l'invalidité totale ;
- la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur.

Par la suite, pour tout adhérent, « invalidité totale » signifie l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don

d'organe sans rétribution, d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle il est raisonnablement apte par suite de son éducation, son entraînement ou son expérience et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.

RÉGIME ENRICHI FACULTATIF

L'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les 60 mois suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, « l'invalidité totale » est une incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :

- les 60 premiers mois suivant le début de l'invalidité totale ;
- la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur ;

Par la suite, pour tout adhérent, « invalidité totale » signifie l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie ou résultant d'un don d'organe sans rétribution, d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle il est raisonnablement apte par suite de son éducation, son entraînement ou son expérience et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.

9—Période d'invalidité totale

Des périodes successives d'invalidité interrompues par :

- a) moins de 15 jours consécutifs d'emploi à plein temps **durant les 51 premières semaines** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure. Toutefois, est considérée comme faisant partie de la même invalidité, toute période pour laquelle l'adhérent doit s'absenter de son travail pour suivre des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur base horaire ;
- b) moins de 30 jours consécutifs d'emploi à plein temps **de la 52^e semaine à la 104^e semaine** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure ;

- c) moins de six mois consécutifs d'emploi à plein temps **après la 104^e semaine** de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

10–Droit de renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

L'adhérent peut refuser de participer au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée ou cesser d'y participer en vertu du droit de renonciation. Ce droit de renonciation peut être exercé si l'adhérent rencontre un des critères suivants :

- il est déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement ;
- il participe au Régime de retraite des enseignants (RRE) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ;
- il a signé une entente avec son employeur confirmant qu'il prendra sa retraite dans moins d'un an ;
- il a accumulé une banque de congés de maladie lui procurant une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 64 ans en cas d'invalidité ;
- il a accumulé 35 années de participation reconnues au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) (en incluant sa banque de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

Si l'adhérent désire exercer ce droit de renonciation, il doit remplir le formulaire « Renonciation au régime d'assurance traitement de longue durée » et le faire parvenir à La Capitale par le biais de son employeur.

Le régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée prendra fin à la date du début de la deuxième période de paie qui suit la date de signature du formulaire, dans la mesure où La Capitale est avisée avant ladite date.

Ce choix est irrévocable (sauf si le régime collectif d'assurance traitement similaire prend fin) et aucun remboursement rétroactif des primes n'est accordé.

11–Fin d'exemption à la suite d'une renonciation

Si l'adhérent avait renoncé à participer au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée parce qu'il était couvert en vertu d'un régime collectif qui offre une protection similaire d'assurance traitement et que ce régime collectif se termine, il doit établir, à la satisfaction de La Capitale, qu'il était antérieurement assuré en vertu d'un régime similaire d'assurance traitement et qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assuré. Il doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et il sera assuré d'office à compter de la date de la fin de l'assurance qui a permis l'exemption, s'il est au travail ou apte au travail à cette date. Advenant le cas où il est absent du travail à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, le régime d'assurance traitement de base obligatoire entrera en vigueur à la date de son retour effectif au travail.

12–Exclusions et réduction du régime

Aucune indemnité n'est payable en vertu du présent régime :

- a) Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une émeute ou à une insurrection réelle ou appréhendée, sauf lors de l'accomplissement de son travail régulier ;
 - en raison d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée ou s'est fait infliger, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
 - en raison d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, l'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme une maladie dans la mesure où l'adhérent, qui en est atteint, est traité médicalement en vue de sa réhabilitation selon les normes généralement reconnues. L'adhérent qui a reçu ainsi des traitements en vue de sa réhabilitation et qui demeure avec une incapacité physique ou mentale reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie le rendant invalide, a droit aux prestations d'invalidité et à la condition qu'il continue, s'il y a lieu médicalement, ses traitements de réhabilitation ;
 - en raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'un adhérent ;
 - lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;

- pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées ;
 - après les 60 premiers mois d'invalidité, lorsqu'un adhérent occupe un emploi rémunérateur, sauf pour ce qui est prévu aux points 5 et 6.
- b) À l'égard d'une invalidité totale attribuable à une grossesse et relative à une des périodes 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 la date de l'accouchement, selon la première éventualité ;
 - période pour laquelle l'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 totale au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins d'un médecin, d'un spécialiste en psychiatrie ou d'un autre professionnel de la santé tel que requis par sa condition, à moins que selon l'avis de La Capitale, sa condition soit stabilisée et ne requiert plus de tels soins.

13–Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion 12- b) du présent régime 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 droit si l'exclusion 12- b) ne s'était pas appliquée.

14—Représentation graphique de l'application de l'assurance traitement pour une personne détenant un emploi permanent régulier à temps plein et dont l'invalidité totale se poursuit au sens du contrat

P1	Congés de maladie	Début de l'invalidité. Période d'utilisation des congés de maladie accumulés (minimum cinq jours ouvrables).
P2	12 mois	Début des prestations payables par l'employeur et début du calcul de la période de 36 mois (60 mois si régime enrichi facultatif) utilisée dans la définition d'invalidité totale. Durée : 12 mois.
P3	12 mois	Début de la 2 ^e année des prestations payables par l'employeur et début du paiement des prestations par La Capitale (le total des prestations de La Capitale et des prestations d'autres sources énumérées à la section « Coordination des prestations » de la page 59 atteint alors 60 % (87,5 % si régime enrichi facultatif) du traitement net que l'adhérent touchait à la fin de la période P1). Durée : 12 mois.
P4	Notion de propre emploi Base : 12 mois Enrichi : 36 mois	Fin des prestations de l'employeur et début du paiement total des prestations par La Capitale (le total des prestations de La Capitale et des prestations d'autres sources énumérées à la section « Coordination des prestations » de la page 59 est de 60 % (87,5 % si régime enrichi facultatif) du traitement net que l'adhérent touchait à la fin de la période P1). Durée : tant que dure l'invalidité totale, mais en aucun cas après l'âge de 65 ans.
	Notion de tout emploi	<u>Régime obligatoire de base</u> : Après les 12 premiers mois de la période P4 (36 mois du début de l'invalidité totale), prestations payables par La Capitale conformément à la notion de tout emploi (voir la définition d'invalidité totale décrite au point 8) <u>Régime enrichi facultatif</u> : Après les 36 premiers mois de la période P4 (60 mois du début de l'invalidité totale), prestations payables par La Capitale conformément à la notion de tout emploi (voir la définition d'invalidité totale décrite au point 8). Âge maximal : 65 ans

Des modalités spéciales décrites précédemment s'appliquent pour le personnel occasionnel ou saisonnier.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1–Définitions

ACCIDENT

Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible, qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente, une noyade ou une asphyxie accidentelle certifiée par le coroner, et qui occasionne directement et indépendamment de toute cause des lésions corporelles.

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.

ADHÉRENT

Un employé ou un retraité assuré en vertu du présent contrat.

ÂGE

L'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause.

ASSURÉ

L'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant, qui sont assurés en vertu du présent contrat.

ASSISTEUR

CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par La Capitale.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de quatre associés ou moins.

CENTRE HOSPITALIER

Établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le terme « centre hospitalier » n'englobe pas les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. 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 d'autres établissements analogues.

COMPAGNON DE VOYAGE

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

DATE DE PRISE DE LA RETRAITE

Date à laquelle un employé opte pour sa prise de la retraite selon le régime de retraite auquel il participe.

DENTISTE

Toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'un organisme correspondant dans la province ou le pays où le dentiste exerce.

EMPLOYÉ

Un employé non syndiqué rattaché à l'une ou à l'autre des unités suivantes de la Fonction publique : fonctionnaires, ouvriers, professeurs, médecins, dentistes, constables du contrôle routier, constables spéciaux, gardes du corps, agents de la conservation de la faune et employés des organismes affiliés.

EMPLOYÉ OCCASIONNEL ADMISSIBLE AUX ASSURANCES

Toute personne engagée par contrat pour une durée d'un an ou plus, ainsi que toute personne qui, à titre d'employé saisonnier ou occasionnel, est inscrite sur une liste de rappel pour combler chaque année un poste d'une durée d'au moins trois mois consécutifs, à l'exception des personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'employé.

EMPLOYEUR

Les ministères et organismes gouvernementaux, ainsi que tout employeur ou catégorie d'employeurs acceptés comme tels par le Preneur.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-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 l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

FRANCHISE

La partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de La Capitale.

HOSPITALISATION

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré 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 l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

MALADIE

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

MÉDECIN

Toute personne autorisée à fournir des services médicaux selon la loi sur la médecine ou toute autre loi semblable du territoire où sont rendus les services.

PERSONNES À CHARGE

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

- a) est marié ou uni civilement à l'adhérent, ou
- b) vit maritalement avec un adhérent depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent, ou

- c) vit maritalement avec un adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent 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 l'adhérent 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 un adhérent a un conjoint répondant à la définition en a) et un autre conjoint répondant à la définition en b) ou c), La Capitale reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent 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 :

- a) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ;
- b) 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 l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- c) une personne majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-médicaments* adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui ne reçoit aucune prestation en vertu du Programme d'aide financière de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu*, elle doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale si la personne déficiente était mineure.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent 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.

PROCHE PARENT

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

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

S'entend d'un programme approuvé par écrit par La Capitale pour un adhérent et qui consiste :

- a) soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce l'adhérent invalide ;
- b) soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.

RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT DE L'EMPLOYEUR

Régime d'assurance traitement dont les prestations, payables par l'employeur, sont décrites dans les conditions de travail de ces employés.

RETRAITÉ

Un employé qui prend sa retraite en vertu du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), du Régime de retraite des enseignants (RRE) ou du Régime de retraite des agents de la paix en service correctionnel (RRAPSC). Toutefois, dans le cas d'un adhérent au RRF, au RRE ou au RRAPSC, un retraité pour cause d'invalidité avant l'âge normal de retraite n'est pas considéré comme un retraité, mais plutôt comme un adhérent invalide, et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans.

Le terme « retraité » désigne également tout employé qui était assuré en vertu du présent régime et dont l'assurance en vertu dudit régime a pris fin après son 50^e anniversaire de naissance en raison de la terminaison de son emploi ou, après 65 ans, au terme d'une retraite graduelle.

TRAITEMENT OU SALAIRE

Pour les fins des régimes d'assurance vie et d'assurance traitement de longue durée, « traitement » signifie :

Le traitement ou salaire annuel basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de ses conditions de travail servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, y inclus le supplément prévu aux conditions de travail pour une semaine de travail régulièrement majorée.

Dans tous les cas, le traitement exclut toute autre prime, allocation, rémunération additionnelle, montant forfaitaire, à l'exception de tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions de travail.

Toutefois, lorsqu'à la suite de l'application des dispositions des conditions de travail, une partie ou la totalité de la garantie d'une augmentation de traitement ou de salaire est accordée sous la forme d'un montant forfaitaire, ledit montant fait partie du traitement ou salaire de l'adhérent.

TRAITEMENT OU SALAIRE NET

Le traitement ou salaire brut moins les cotisations à la Régie des rentes du Québec, aux Ressources humaines et Développement social Canada ainsi qu'au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon le statut fiscal réel de l'adhérent au début de l'invalidité et les cotisations de l'employé au régime de retraite (RRF, RRE, RREGOP, RRAPSC).

VOYAGE

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, s'entend par « voyage » un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence ; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

2–Admissibilité à l'assurance

Seuls les employés non syndiqués se rattachant aux unités mentionnées au début de ce document sont admissibles à l'assurance. En tout temps, les conditions de travail déterminent l'admissibilité à l'assurance.

Tout employé dont la semaine régulière de travail est de 25 % et moins du temps complet n'est pas admissible.

Régime obligatoire d'assurance maladie

Tout employé est admissible à l'assurance à compter de la date indiquée ci-après qu'il ait ou non terminé sa période de probation :

- après 21 jours de travail effectif pour tout fonctionnaire ou ouvrier régulier, saisonnier ou occasionnel dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps complet ;
- pour toutes les autres catégories d'employés, nous vous référons à vos conditions de travail.

Un employé occasionnel embauché pour une période d'un an ou plus, doit, à chaque nouvelle période d'emploi, avoir accumulé 21 jours de travail effectif pour devenir ou demeurer admissible à l'assurance, sauf si l'interruption entre les périodes d'emploi est de 60 jours ou moins ;

Une personne à charge est admissible au régime obligatoire d'assurance maladie à la date à laquelle l'employé y devient lui-même admissible ou à la date à laquelle elle devient une personne à charge, si postérieure.

Régime facultatif d'assurance vie

ADHÉRENT ACTIF

Garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent

Tout employé admissible au régime obligatoire d'assurance maladie est admissible, à compter de la même date, aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent, et ce, même s'il est exempté du régime obligatoire d'assurance maladie.

Garanties additionnelles d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent

Tout employé ayant adhéré aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent ou à la prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4) est admissible. Tous les montants sont sujets à l'acceptation des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par La Capitale.

Garantie d'assurance vie du conjoint

Tout conjoint d'un employé ayant adhéré aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent ou à la

prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4) est admissible à la garantie d'assurance vie du conjoint, soit à la même date que l'employé, s'il est déjà un conjoint, soit à la date à laquelle il le devient.

Tous les montants sont sujets à l'acceptation des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par La Capitale.

Garantie d'assurance vie des enfants à charge

Tout enfant à charge d'un employé ayant adhéré aux garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent ou à la prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4) est admissible à la garantie d'assurance vie des enfants à charge, soit à la même date que l'employé, s'il est déjà un enfant à charge, soit à la date à laquelle il le devient.

ADHÉRENT RETRAITÉ

Garantie d'assurance vie du retraité

Tout employé qui prend sa retraite devient admissible à la garantie d'assurance vie du retraité s'il était assuré en vertu de la garantie de base d'assurance vie de l'adhérent le jour précédant la date de mise à la retraite.

Tout employé qui termine son invalidité à 50 ans ou plus et qui n'est plus admissible au régime des actifs devient admissible au régime des retraités.

Garantie d'assurance vie du conjoint du retraité

Tout conjoint assuré en vertu de la garantie du conjoint le jour précédant la date de mise à la retraite de l'adhérent est admissible à cette date, à la condition que le retraité adhère à la garantie d'assurance vie du retraité.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

Tout employé admissible au régime obligatoire d'assurance maladie est admissible à la même date au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée.

Les employés de 64 ans ou plus, les employés en congé de préretraite totale et les retraités ne sont pas admissibles à ce régime.

3–Adhésion à l'assurance

Régime obligatoire d'assurance maladie

Tout employé doit adhérer à l'un ou l'autre des régimes suivants :

- Santé 1 : Assurance maladie
- Santé 2 : Assurance maladie
- Santé 3 : Garanties d'assurance maladie et de soins dentaires

La durée minimale de participation est de 24 mois pour le Santé 2 et de 36 mois pour le Santé 3.

ADHÉRENT DE MOINS DE 65 ANS

L'adhésion au régime d'assurance maladie (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3) est **obligatoire** pour tout employé admissible âgé de moins de 65 ans ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant. L'adhésion doit être signifiée par écrit à La Capitale dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible s'il est alors au travail, sinon dans les 31 jours qui suivent la date de son retour au travail. Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra octroyer le Santé 2.

Exemption : L'employé et ses personnes à charge peuvent refuser ou cesser de participer au présent régime en établissant qu'ils sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Ils doivent toutefois participer au présent régime aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime d'assurance collective se termine en établissant, à la satisfaction de La Capitale, qu'il leur est devenu impossible de demeurer assurés en vertu de l'autre régime.

ADHÉRENT DE 65 ANS OU PLUS

Lorsqu'un adhérent atteint 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour la partie médicaments. L'adhérent peut, en avisant La Capitale par écrit au préalable, choisir une des trois options suivantes :

- a) s'il est assuré en vertu du Santé 1, maintenir son inscription à la RAMQ et être exempté de sa participation au régime obligatoire d'assurance maladie actuel. Son régime obligatoire d'assurance maladie sera résilié à la date de son 65^e anniversaire de naissance ;
- b) s'il est assuré en vertu du Santé 2 ou du Santé 3, il peut maintenir son inscription à la RAMQ et conserver également son régime obligatoire d'assurance maladie.

Dans ce cas, aucune modification ne sera apportée à sa prime d'assurance. Tous les frais admissibles prévus par son régime obligatoire d'assurance maladie (Santé 2 ou Santé 3) seront remboursés par La Capitale, à l'exception des médicaments qui seront remboursés par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ ;

- c) il peut annuler son inscription à la RAMQ et conserver son régime obligatoire d'assurance maladie actuel. Tous les frais admissibles prévus par ce régime seront remboursés par La Capitale.

Si l'adhérent choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, il ne pourra plus modifier son choix à cet égard.

Un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus, peut modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

Lorsque l'employé détient une protection monoparentale ou familiale, tout nouvel enfant est automatiquement assuré dès qu'il devient admissible.

CONJOINT DE 65 ANS OU PLUS

Lorsque le conjoint de l'adhérent atteint 65 ans, cette personne devient automatiquement assurée par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour la partie médicaments. Toutefois, elle peut choisir de demeurer assurée en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie que l'adhérent détient. Dans ce cas, l'adhérent doit transmettre, dans les 31 jours qui suivent le 65^e anniversaire de son conjoint, un avis écrit à La Capitale, accompagné d'une confirmation de son conjoint à l'effet que son assurance a été résiliée auprès de la RAMQ.

Si le conjoint choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, il ne pourra plus modifier son choix à cet égard. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par le régime si l'adhérent n'y est pas lui-même assuré.

Régime facultatif d'assurance vie

L'adhésion au régime d'assurance vie est **facultative**. Cependant, des preuves d'assurabilité peuvent être exigées. Nous vous référons à la page 49 pour une description plus détaillée.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

L'adhésion au régime d'assurance traitement de longue durée est **obligatoire** pour tout employé admissible. Tout employé doit adhérer à l'un ou l'autre des régimes suivants :

- a) Régime de base obligatoire
- b) Régime enrichi facultatif

Tout employé doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible, s'il est alors au travail, sinon dans les 31 jours qui suivent la date de son retour au travail. Si aucune demande n'est transmise à La Capitale, l'employé sera assuré d'office sous le régime de base obligatoire.

Tout employé qui a cessé d'être assuré en vertu du présent régime ou pour lequel la demande d'adhésion a été remplie après l'expiration du délai de 31 jours et qui désire adhérer au régime enrichi facultatif, doit fournir des preuves d'assurabilité, à la satisfaction de La Capitale.

Si l'employé est dans une des situations prévues dans la description du régime qui font en sorte qu'il ne pourra pas bénéficier de la rente prévue par ce régime, il a la possibilité de renoncer à l'assurance traitement obligatoire de base en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

4—Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Régime obligatoire d'assurance maladie

Le régime obligatoire d'assurance maladie entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance si l'employé est apte au travail, sinon à la date de son retour au travail. L'assurance du conjoint et des enfants à charge admissibles entre en vigueur au même moment.

À noter que la protection individuelle est accordée d'office à la date d'admissibilité de l'employé. Sur réception du formulaire d'adhésion dûment rempli, les ajustements sont effectués s'il y a lieu.

Régime facultatif d'assurance vie

Le régime facultatif d'assurance vie entre en vigueur à la même date que le régime obligatoire d'assurance maladie si la demande d'adhésion est signée par l'employé

dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité ou dans les 31 jours qui suivent la date de retour au travail pour l'employé qui n'était pas apte au travail à la date d'admissibilité.

Si la demande d'assurance est reçue plus de 31 jours suivant la date d'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance prend alors effet à la date du début de la deuxième période de paie suivant l'acceptation par La Capitale, des preuves d'assurabilité requises.

Lorsque la demande de la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent est faite en même temps que celle de la garantie additionnelle d'assurance vie, elles entrent en vigueur au même moment. En d'autres cas, la garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent prend effet trois mois après que la demande ait été reçue par l'employeur.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

Lorsqu'aucune preuve d'assurabilité n'est requise, l'assurance débute à la date à laquelle l'employé remplit les conditions d'admissibilité, s'il est apte au travail à cette date ; sinon, à la date de son retour au travail. Dans le cas où des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance débute à compter de la date du début de la deuxième période de paie suivant l'acceptation, par La Capitale, des preuves d'assurabilité requises.

5—Changement de régime

Assurance maladie

Changement à la hausse entre Santé 1, Santé 2 et Santé 3 : L'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité, sauf si la demande est faite dans les 31 jours suivant l'un des événements énoncés ci-après :

- la date à laquelle son conjoint devient admissible à l'assurance ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- la fin de la possibilité d'exemption pour les personnes à charge.

Changement à la baisse entre Santé 1, Santé 2 et Santé 3 : Pour changer de régime à la baisse, l'adhérent doit respecter la durée minimale de participation au régime, selon les modalités suivantes :

- pour passer de Santé 3 à Santé 2 ou à Santé 1, l'adhérent doit avoir participé à Santé 3 pendant une période minimale de 36 mois ;

- pour passer de Santé 2 à Santé 1, l'adhérent doit avoir participé à Santé 2 pendant une période minimale de 24 mois.

Changement de type de protection

SANTÉ 1 ET SANTÉ 2

L'adhérent qui détient une protection individuelle et qui désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale, doit présenter sa demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle son conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de ses enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, le changement de protection entre en vigueur à la date de la signature de la demande, mais pas plus d'un mois avant la date de sa réception par La Capitale.

Si l'adhérent détient une protection familiale et désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle, ou s'il détient une protection monoparentale et désire la modifier pour une protection individuelle, il doit en faire la demande auprès de son employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à La Capitale au moment où doit débiter la nouvelle protection.

SANTÉ 3

L'adhérent qui détient une protection individuelle et qui désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale sans preuves d'assurabilité, doit présenter sa demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle son conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de ses enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à charge qu'il désire assurer en vertu du Santé 3. La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale.

Toutefois, si les preuves d'assurabilité sont refusées à l'égard d'une personne à charge, celle-ci demeurera protégée en vertu du Santé 2, mais la prime du Santé 3 reliée à une protection monoparentale ou familiale devra être payée.

Si l'adhérent détient une protection familiale et désire modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle, ou s'il détient une protection monoparentale et désire la modifier pour une protection individuelle, il doit en faire la demande auprès de son employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à La Capitale au moment où doit débiter la nouvelle protection.

Régime facultatif d'assurance vie

Augmentation du montant d'assurance : Tout adhérent qui désire augmenter le montant de son assurance vie additionnelle ou celui de l'assurance vie de son conjoint, doit transmettre une demande à La Capitale et fournir des preuves d'assurabilité. Dans pareil cas, toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie suivant l'avis d'acceptation par La Capitale, des preuves d'assurabilité requises. Aucune augmentation du montant d'assurance ne peut être faite pendant que l'adhérent est invalide.

Diminution du montant d'assurance : Tout adhérent qui désire diminuer le montant de son assurance vie doit transmettre une demande à La Capitale. Dans le cas d'une diminution du montant d'assurance vie, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à La Capitale avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

Changement à la hausse : Tout employé qui désire transférer du régime de base obligatoire au régime enrichi facultatif doit remplir une demande de modification et fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de La Capitale. Dans pareil cas, la nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie suivant l'avis d'acceptation par La Capitale, des preuves d'assurabilité requises. Aucun changement à la hausse ne peut être fait pendant que l'adhérent est invalide.

Changement à la baisse : L'adhérent qui désire passer du régime enrichi facultatif au régime de base obligatoire, doit transmettre une demande à La Capitale. Dans pareil cas, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le premier jour de la deuxième période de paie suivant la réception de la demande par

l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à La Capitale avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

Toute modification des prestations, y compris toute variation résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date de son retour au travail.

Aucune augmentation des prestations ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale, sauf en ce qui concerne l'indexation de la rente mensuelle prévue en vertu du présent régime.

6—Continuité de l'assurance en cas d'interruption totale ou partielle de travail

Congé avec traitement, retrait préventif ou congé de maternité

Tous les régimes en vigueur au début de l'absence sont maintenus et les primes régulières continuent d'être versées. Si l'adhérent prolonge le congé de maternité par un congé sans traitement, les dispositions pour ce genre de congé s'appliquent.

Congé sans traitement ou mise à pied

L'adhérent doit conserver son assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie durant la période d'absence. Il doit acquitter les primes requises, incluant la part de l'employeur, sauf dans les cas où la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à continuer de verser sa contribution, notamment lors d'absences ou de congés sans traitement pour des raisons familiales ou parentales.

L'adhérent peut également, s'il le désire, conserver l'ensemble des autres régimes qu'il détient au début du congé ou de la mise à pied. Pour ce faire, il doit en faire la demande écrite dans les 31 jours qui suivent la date du début de l'absence et il doit également acquitter les primes nécessaires dans les délais requis. Toute invalidité débutant durant l'absence est réputée débiter à la date prévue de retour au travail.

Si l'assurance est suspendue, aucune prestation n'est payable pour toute invalidité ayant débuté durant cette période, et ce, même après la date prévue de retour au travail.

Si l'adhérent n'a pas maintenu sa protection durant son absence, les régimes sont remis en vigueur à la date du retour effectif au travail.

POUR UN EMPLOYÉ SAISONNIER : MISE À PIED

L'adhérent doit conserver son assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie durant la période d'absence. Il doit acquitter les primes requises, incluant la part de l'employeur.

L'adhérent peut également, s'il le désire, conserver l'ensemble des autres régimes qu'il détient au début de la mise à pied, à l'exception du régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée. Pour ce faire, il doit en faire la demande écrite dans les 31 jours qui suivent la date du début de la mise à pied et il doit également acquitter les primes requises dans les délais requis.

Le régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée est suspendu pour toute la période de mise à pied et il est automatiquement remis en vigueur à la date prévue de retour au travail, que l'adhérent soit invalide ou non à cette date, en autant que celui-ci ait été assuré en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée avant la mise à pied. Toute invalidité ayant débuté durant la période de mise à pied est reconnue comme débutant à la date prévue de retour au travail si la personne est encore invalide à cette date.

Suspension ou congédiement contesté conformément aux conditions de travail

Dans le cas où un adhérent est suspendu ou congédié et qu'il décide de contester cette décision devant la Commission de la fonction publique, l'assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie doit être maintenue, avec paiement de prime, incluant la part de l'employeur. Pour ce faire, l'adhérent doit transmettre sa demande de maintien de protection à La Capitale dans les 60 jours suivant la date de contestation.

Les autres régimes, à l'exception du régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée, peuvent également être conservés en versant les primes requises jusqu'à ce que la décision soit rendue.

Si la décision de la Commission est favorable à l'adhérent, le régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée est alors remis en vigueur rétroactivement à la date de suspension ou de congédiement, et les primes sont payables rétroactivement à cette même date. De plus, si l'adhérent n'avait pas maintenu sa participation aux autres régimes, ceux-ci sont remis en vigueur à la date où la décision est rendue.

Congé sans traitement à traitement différé

Durant la période de travail de l'adhérent, les régimes détenus demeurent en vigueur. La protection et la prime sont basées sur le salaire qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au régime de congé sans traitement à traitement différé.

Durant la période de congé, les régimes demeurent en vigueur et l'adhérent doit acquitter les primes requises comme s'il n'y avait pas d'absence.

Toute invalidité débutant durant une période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

Dispositions relatives au travail à temps réduit

Pour un adhérent qui se prévaut de telles dispositions, tous les régimes demeurent en vigueur, même pendant la période d'absence. La prime pour le régime obligatoire d'assurance maladie est payable en totalité, comme s'il n'y avait pas d'absence ou de temps réduit. Pour les régimes d'assurance vie et d'assurance traitement de longue durée, les dispositions suivantes s'appliquent :

Régime facultatif d'assurance vie : Si l'adhérent participe à un régime de retraite progressive ou de retraite graduelle, les primes et les prestations sont payables sur la base du traitement gagné, selon le temps travaillé.

Si l'adhérent se prévaut des autres dispositions prévues aux conditions de travail relativement au travail réduit (incluant la préretraite graduelle), les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée : Si l'adhérent participe à un régime de retraite progressive, les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont payables sur la base du traitement gagné, selon le temps travaillé.

Si l'adhérent se prévaut des dispositions relatives à la préretraite graduelle, les primes sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé ; de plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

Si l'adhérent se prévaut des autres dispositions prévues aux conditions de travail relativement au travail réduit, les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

7–Exonération des primes

L'exonération des primes est la continuation de la protection sans paiement des primes, en raison d'une invalidité totale telle que définie au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée. De plus, si un adhérent reçoit des prestations en raison de son invalidité en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur, il est alors réputé satisfaire les conditions qui donnent droit à l'exonération des primes. L'exonération s'applique à partir de l'épuisement des congés de maladie accumulés de l'adhérent selon les modalités décrites ci-après.

Cependant, ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité.

Régime obligatoire d'assurance maladie : La protection de ce régime continue durant un maximum de 36 mois, sans dépasser la date de résiliation du contrat. Après 36 mois, si le lien d'emploi est maintenu, l'adhérent doit payer les primes applicables à ce régime. Si le lien d'emploi n'est pas maintenu, la seule protection disponible est le produit d'assurance maladie individuel offert aux retraités.

Régime facultatif d'assurance vie : La protection de ce régime continue tant que dure l'invalidité totale sans dépasser la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans ;
- la date à laquelle l'adhérent n'a plus droit aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée : La protection du régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée continue tant que dure l'invalidité totale, sans dépasser la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Dans les cas où l'adhérent a droit à des prestations d'invalidité en vertu de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* ou de la *Loi sur l'assurance automobile*, l'exonération s'applique dès le début de l'invalidité. Toutefois, l'exonération ne s'applique pas dans les cas de retraits préventifs.

Dans tous les cas, l'adhérent est exonéré à compter de la première période de paie complète suivant la date à laquelle il a droit à l'exonération. Lors de la fin de l'exonération, les ajustements se font sur la première période de paie complète suivant la date de fin d'exonération.

8—Changement des montants d'assurance

Changements de salaire

Les changements de traitement entraînent automatiquement des changements correspondants dans les montants d'assurance en vertu des régimes d'assurance vie et d'assurance traitement de longue durée, à condition que l'adhérent soit alors au travail ou, à défaut, lors de son retour effectif au travail.

9—Droit de transformation

Régime obligatoire d'assurance maladie

Tout adhérent qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible peut, en faisant une demande écrite à La Capitale dans les 31 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.

Toute personne à charge qui cesse d'être assurée parce qu'elle cesse de répondre à la définition de personne à charge ou que l'adhérent décède peut, en faisant une demande écrite à La Capitale dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de l'assurance, obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances.

Cette police ne comportant pas de remboursement pour les médicaments prévus au Régime général d'assurance-médicaments, toute personne qui y adhère doit aussi s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en composant le 418 528-5921 ou le 1 888 435-7999.

Régime facultatif d'assurance vie

ADHÉRENT ÂGÉ DE MOINS DE 50 ANS

Advenant que l'assurance d'un adhérent se termine alors que le contrat est en vigueur et que l'adhérent est âgé de moins de 50 ans, tel adhérent a le droit de

transformer, sans preuves d'assurabilité, son assurance collective en une police d'assurance individuelle du type permanente ou temporaire à 65 ans ne comportant pas de bénéfice additionnel, sans dépasser le montant d'assurance qu'il détenait au moment de la prise d'effet du droit de transformation réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer un droit de transformation ; le montant d'assurance transformé ne peut excéder 200 000 \$. La prime de la nouvelle police est établie d'après les taux alors en usage et l'âge atteint de l'assuré au moment de la transformation.

Lorsque la cessation de l'admissibilité à l'assurance est due à la terminaison ou à la modification du contrat, seuls les adhérents ayant été protégés pendant une période continue de cinq ans peuvent exercer ce droit de transformation.

ADHÉRENT ÂGÉ DE 50 ANS OU PLUS

L'adhérent dont l'assurance se termine alors qu'il est âgé de 50 ans ou plus ne peut exercer le droit de transformation, mais il devient admissible, de même que son conjoint, au régime des retraités.

CONJOINT

En cas de cessation d'emploi de l'adhérent pour une raison autre que la retraite, un droit de transformation est accordé pour les montants d'assurance détenus en vertu de la garantie d'assurance vie du conjoint au moment de la terminaison selon les mêmes modalités que pour les adhérents âgés de moins de 50 ans et énumérées précédemment.

Dans tous les cas, une demande écrite doit être faite à La Capitale dans les 31 jours suivant la date de prise d'effet du droit de transformation, période durant laquelle la présente protection demeure en vigueur, et la nouvelle police entre en vigueur le 31^e jour après cette même date, à condition que la première prime soit alors payée.

L'assurance en cas de mort ou mutilation par accident, le régime d'assurance vie et le régime d'assurance traitement de longue durée ne peuvent être transformés.

10–Terminaison de l'assurance

Régime obligatoire d'assurance maladie (Santé 1, Santé 2 et Santé 3)

Sauf si l'exonération des primes ou la prolongation en cas de transformation s'appliquent, la protection se termine à la première des dates suivantes :

ADHÉRENT

- la date de la fin du contrat ;
- la date du dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la cessation d'emploi. Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre ministère n'est pas considérée comme une cessation d'emploi ;
- la date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour un adhérent qui met fin à son assurance en vertu du régime obligatoire d'assurance maladie ;
- dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par La Capitale à la dernière adresse connue de l'adhérent ;
- la date de prise de la retraite. Toutefois, l'adhérent qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération des primes ;
- la date à laquelle se termine l'exonération des primes, à moins que l'adhérent n'ait repris le paiement de sa prime en raison du maintien de son lien d'emploi.

PERSONNE À CHARGE

- la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent ;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;
- la date de réception, par La Capitale, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire s'assurer seul, sous réserve de l'obligation de couvrir toute personne à charge admissible dans le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- la date à laquelle l'assurance, en vertu de l'autre régime d'assurance collective, débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du droit d'exemption du présent régime.
- la date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale en protection individuelle.

Régime facultatif d'assurance vie

ADHÉRENT ACTIF

Garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident, garanties additionnelles d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident et prolongation des anciens régimes d'assurance vie (C4) de l'adhérent

Sauf si l'exonération des primes en cas d'invalidité totale ou la prolongation en cas de transformation d'assurance s'appliquent, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat ;
- la date du dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite. Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre n'est pas considérée comme une cessation d'emploi ;
- la date du dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa retraite pour un adhérent âgé de moins de 65 ans. Toutefois, l'adhérent qui prend sa retraite pour cause d'invalidité avant l'âge de 65 ans demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération des primes ;
- la plus tardive de la date de prise de la retraite ou de la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur pour un adhérent âgé de 65 ans ou plus ;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée ;
- la date du début de la deuxième période de paie suivant la date de réception par l'employeur d'un avis écrit de l'adhérent demandant de mettre fin à la présente protection ou au régime obligatoire d'assurance maladie pour une raison autre que la retraite ou la cessation d'emploi, à moins d'exemption tel que prévu aux conditions de travail ;
- la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent pour les garanties additionnelles d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent ;
- la date de la mise à la retraite pour les garanties de base d'assurance vie et d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident de l'adhérent.

Garanties d'assurance vie des enfants à charge et du conjoint

L'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes, sous réserve des clauses d'exonération des primes en cas d'invalidité totale et de prolongation en cas de transformation, si applicables :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent ;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge au sens de la garantie ;
- la date du début de la deuxième période de paie suivant la date de réception, par l'employeur, d'un avis écrit de l'adhérent demandant de mettre fin à la protection de ses personnes à charge.

ADHÉRENT RETRAITÉ

Garantie d'assurance vie du retraité

Cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- la date de fin du contrat ;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée ;
- la date de réception, par La Capitale, de l'avis écrit du retraité qui désire mettre fin à son assurance ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

Garantie d'assurance vie du conjoint du retraité

Cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'assurance du retraité se termine pour une raison autre que le décès ;
- la date à laquelle le conjoint cesse d'être une personne à charge pour une autre raison que le décès ;
- la date de réception, par La Capitale, de l'avis écrit du retraité ou du conjoint du retraité décédé qui désire mettre fin à l'assurance ou la date de terminaison inscrite dans un tel avis, laquelle est la plus éloignée ;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

Le régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes, sous réserve de la clause d'exonération des primes en cas d'invalidité totale :

- le dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la fin du contrat ou du régime, sous réserve du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*;
- le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent termine son emploi. Toutefois, la mutation d'un adhérent d'un ministère à un autre ministère n'est pas considérée comme une cessation d'emploi ;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée ;
- le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa retraite. Toutefois, l'adhérent qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération des primes ;
- Le dernier jour de la période de paie durant laquelle l'adhérent prend sa préretraite totale ;
- Le dernier jour de la période de paie où l'adhérent atteint l'âge de 64 ans ;
- Le premier jour de la deuxième période de paie suivant la date de signature du formulaire de droit de renonciation à l'assurance traitement de base obligatoire ;
- Le premier jour de la deuxième période de paie suivant la date de réception, par l'employeur, de l'avis écrit par lequel l'adhérent demande de passer du régime enrichi facultatif au régime de base obligatoire.

11–Prolongation de l'assurance

Régime obligatoire d'assurance maladie

Lors de la terminaison de l'assurance d'un adhérent, La Capitale rembourse, pour l'adhérent invalide ou sa personne à charge assurée hospitalisée lors de la terminaison de l'assurance, pendant les trois mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles subis par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité ou l'hospitalisation, à la condition que :

- avant la date de terminaison de son assurance, l'adhérent ait subi des frais admissibles par suite de la maladie ou de l'accident qui a causé son invalidité ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée ;
- l'invalidité ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue ;

- l'adhérent ou la personne à charge concernée ne devienne pas admissible à un autre contrat collectif comportant une protection d'assurance maladie similaire ou qu'il n'adhère pas à la police d'assurance maladie individuelle ;
- le présent contrat demeure en vigueur pendant la période de prolongation de la protection.

Toutefois, la prolongation pour les frais d'hospitalisation est applicable pour une période de 12 mois.

Régimes d'assurance vie et d'assurance traitement de longue durée

Si un adhérent est invalide à la date de terminaison du contrat, la protection des régimes d'assurance vie et d'assurance traitement de longue durée de cet adhérent est prolongée tant que dure l'invalidité totale, comme si le contrat était toujours en vigueur.

En outre, la protection d'assurance vie d'un adhérent non invalide est prolongée pendant les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance de l'adhérent, sauf lors de la terminaison du contrat, auquel cas l'assurance prend fin à la même date que le contrat.

12–Paiement des primes

Les primes sont payables d'avance à La Capitale, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente, le premier jour de chaque période de 14 jours.

Pour les employés qui deviennent adhérents à une date autre que le premier jour d'une période de paie, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour de la période de paie suivante. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications des prestations. La prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle l'adhérent cesse d'être assuré.

La prime par période de paie est établie selon le taux de prime et le volume d'assurance (ou de traitement annuel) qui est applicable à l'adhérent au premier jour de la période en question.

13–Procédures pour réclamer

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable des assurances ou de la direction des ressources humaines chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer sur notre site Internet à l'adresse : www.lacapitale.com/collectif/assures/groupe8000.jsp.

Régime obligatoire d'assurance maladie

MÉDICAMENTS – SERVICE DE PAIEMENT AUTOMATISÉ DIRECT **S1 S2 S3**

Lors de l'achat de médicaments, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. L'assuré n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à La Capitale ; il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

Toutefois, les demandes de prestations concernant les médicaments spécifiques décrits au point 1- de la page 17 « Frais de médicaments S1-S2-S3 » du régime obligatoire d'assurance maladie ne peuvent être acceptées directement par le service de paiement automatisé. Pour ces médicaments, l'adhérent doit donc remplir un formulaire et soumettre sa demande de prestations à La Capitale.

AUTRES FRAIS **S2 S3**

L'adhérent doit faire parvenir au siège social de 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 réclamés.

L'adhérent doit conserver une copie de ses reçus, car les originaux ne lui seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la réclamation à La Capitale. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'identification de l'adhérent. Lors de réclamations de soins pour des professionnels de la santé, tels que physiothérapeutes, psychologues ou autres, un reçu officiel doit être présenté à La Capitale.

L'endos du formulaire de demande de prestations de La Capitale peut servir de reçu et le professionnel doit alors apposer son estampe ou sceau, signer le formulaire et indiquer son numéro de permis et les dates précises des traitements ainsi que le nom

de l'assuré ayant reçu les traitements. Sont également acceptés les reçus informatisés des professionnels et les reçus personnalisés, en autant qu'ils comportent les renseignements précités.

Les demandes de prestations doivent être présentées à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Il est suggéré à l'adhérent de faire ses demandes tous les trois mois.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE **S2 S3**

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- les titres de transport inutilisés ;
- les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires ;
- les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à La Capitale ;
- les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident ; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage ;
- le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route ;
- le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques ;
- la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement ;
- tout autre rapport exigé par La Capitale et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

SOINS DENTAIRES – SERVICE DE PAIEMENT AUTOMATISÉ DIRECT **S3**

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à La Capitale. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires (incluant la franchise, s'il y a lieu). Si le cabinet de dentiste n'offre pas ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à La Capitale.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie et soins dentaires : Si l'adhérent a opté pour ce service, sur acceptation de sa demande de prestations, celles-ci seront déposées dans son compte et un relevé lui sera émis, confirmant le montant déposé et la date du traitement de la demande de prestations.

Coordination des prestations : Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat d'assurance individuel ou collectif souscrit auprès d'un autre assureur, les prestations payables en vertu des différents régimes d'assurance maladie sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat.

Régime facultatif d'assurance vie

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

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné en faisant parvenir une déclaration écrite au siège social de La Capitale, le tout sujet aux dispositions de la loi. La Capitale n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

Régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée

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

ADHÉRENT ACTIF

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE									
PROTECTION	SANTÉ 1			SANTÉ 2			SANTÉ 3		
	Part employé	Part employeur	Prime totale	Part employé	Part employeur	Prime totale	Part employé	Part employeur	Prime totale
Individuelle	25,57 \$	0,92 \$	26,49 \$	37,55 \$	2,05 \$	39,60 \$	55,57 \$	2,05 \$	57,62 \$
Monoparentale	29,48 \$	2,31 \$	31,79 \$	45,24 \$	2,31 \$	47,55 \$	75,23 \$	2,31 \$	77,54 \$
Familiale	55,96 \$	2,31 \$	58,27 \$	82,94 \$	4,19 \$	87,13 \$	124,18 \$	4,19 \$	128,37 \$

Prime additionnelle pour adhérent affecté temporairement à l'étranger : 1 308,30 \$ par assuré

GARANTIE DE BASE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT		
Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection	Taux en pourcentage du salaire
moins de 30 ans	0,014 \$	0,037 %
30 à 34 ans	0,018	0,047 %
35 à 39 ans	0,025	0,065 %
40 à 44 ans	0,047	0,123 %
45 à 49 ans	0,077	0,201 %
50 à 54 ans	0,123	0,321 %
55 à 59 ans	0,235	0,613 %
60 à 64 ans	0,383	0,999 %
65 à 69 ans	0,593	1,547 %
70 à 74 ans	0,972	2,536 %
75 ans ou plus	1,731	4,516 %
GARANTIE DE BASE D'ASSURANCE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT	0,016 \$	0,042 %

ADHÉRENT ACTIF (suite)

GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT (1, 2 OU 3 FOIS LE TRAITEMENT)					
Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection				
	Fumeur		Non-fumeur		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme
moins de 30 ans	0,040 \$	0,036 \$	0,026 \$		0,023 \$
30 à 34 ans	0,043	0,036	0,026		0,023
35 à 39 ans	0,057	0,043	0,036		0,030
40 à 44 ans	0,099	0,067	0,063		0,040
45 à 49 ans	0,162	0,103	0,103		0,067
50 à 54 ans	0,252	0,159	0,159		0,103
55 à 59 ans	0,418	0,255	0,255		0,156
60 à 64 ans	0,659	0,384	0,408		0,239
GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT (1, 2 ou 3 fois le traitement)			0,016 \$ par 1 000 \$ de protection (toutes catégories d'âge)		

ADHÉRENT ACTIF (suite)

GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT (1, 2 OU 3 FOIS LE TRAITEMENT)					
Âge de l'adhérent	Taux en pourcentage du salaire				
	Fumeur		Non-fumeur		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme
moins de 30 ans	0,104 %	0,094 %	0,068 %		0,060 %
30 à 34 ans	0,112 %	0,094 %	0,068 %		0,060 %
35 à 39 ans	0,149 %	0,112 %	0,094 %		0,078 %
40 à 44 ans	0,258 %	0,175 %	0,164 %		0,104 %
45 à 49 ans	0,423 %	0,269 %	0,269 %		0,175 %
50 à 54 ans	0,657 %	0,415 %	0,415 %		0,269 %
55 à 59 ans	1,091 %	0,665 %	0,665 %		0,407 %
60 à 64 ans	1,719 %	1,002 %	1,064 %		0,624 %
GARANTIE ADDITIONNELLE D'ASSURANCE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT (1, 2 ou 3 fois le traitement)			0,042 % (toutes catégories d'âge)		

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE: 0,34 \$ par famille et par période de 14 jours

ADHÉRENT ACTIF (suite)

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU CONJOINT					
Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection (selon l'âge de l'adhérent)				
	Fumeur		Non-fumeur		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme
moins de 30 ans	0,044 \$	0,040 \$	0,029 \$	0,026 \$	0,026 \$
30 à 34 ans	0,048	0,040	0,029	0,026	0,026
35 à 39 ans	0,063	0,048	0,040	0,033	0,033
40 à 44 ans	0,110	0,074	0,070	0,044	0,044
45 à 49 ans	0,180	0,114	0,114	0,074	0,074
50 à 54 ans	0,280	0,177	0,177	0,114	0,114
55 à 59 ans	0,464	0,283	0,283	0,173	0,173
60 à 64 ans	0,732	0,427	0,453	0,265	0,265
65 à 69 ans	1,427	0,772	0,883	0,479	0,479
70 à 74 ans	2,286	1,296	1,415	0,804	0,804
75 ans ou plus	3,506	2,173	2,170	1,349	1,349

ADHÉRENT ACTIF (suite)

PROLONGATION DES ANCIENS RÉGIMES D'ASSURANCE VIE (C4) TAUX PAR 1 000 \$ DE PROTECTION			
Âge de l'adhérent	Vie	MMA	Total
moins de 30 ans	0,014 \$	0,016 \$	0,030 \$
30 à 34 ans	0,018	0,016	0,034
35 à 39 ans	0,025	0,016	0,041
40 à 44 ans	0,047	0,016	0,063
45 à 49 ans	0,077	0,016	0,093
50 à 54 ans	0,123	0,016	0,139
55 à 59 ans	0,235	0,016	0,251
60 à 64 ans	0,383	0,016	0,399
65 à 69 ans	0,593	0,016	0,609
70 à 74 ans	0,972	0,016	0,988
75 ans ou plus	1,731	0,016	1,747

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

Régime de base obligatoire:	0,63 % ⁽¹⁾ du traitement assurable
Régime enrichi facultatif:	1,10 % ⁽¹⁾ du traitement assurable

(1) Ces taux tiennent compte d'un congé de primes de 13,3 %.

ADHÉRENT RETRAITÉ – TAUX MENSUELS AU 01.04.2009

GARANTIE FACULTATIVE D'ASSURANCE VIE DU RETRAITÉ ET DU CONJOINT DU RETRAITÉ	
Âge de l'adhérent	Taux de primes mensuels par 1 000 \$ d'assurance
50 à 54 ans	0,501 \$
55 à 59 ans	0,960
60 à 64 ans	1,563
65 à 69 ans	2,415
70 à 74 ans	3,960
75 ans ou plus	7,052



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Pour nous joindre

Québec

Édifice Le Delta III
2875, boul. Laurier, bureau 400
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

