



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Valoriser l'essentiel



Contrat 4500

Médecins résidents

Comité d'assurance F.M.R.Q.

Régime modifié le 1^{er} juillet 2011

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine



Contrat 4500

Médecins résidents

Comité d'assurance F.M.R.Q.

Régime modifié le 1^{er} juillet 2011

IMPORTANT

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

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



100 %

Cette brochure a été imprimée sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation. Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.

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

TABLE DES MATIÈRES

Garantie
d'assurance
maladie

Garantie
d'assurance vie

Garanties
d'assurance salaire

Renseignements
généraux

Assurance
voyage

Assurance
annulation
de voyage

Avis aux
adhérents

Taux de prime

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	5
ASSURANCE MALADIE DE BASE	5
1. Hospitalisation	5
2. Médicaments	5
3. Frais remboursés à 100 %	7
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	8
1. Frais remboursés à 100 %	8
EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	9
TRANSFORMATION	10
 GARANTIE D'ASSURANCE VIE	 11
1. Assurance vie de l'adhérent	11
2. Assurance vie des personnes à charge	11
3. Transformation	11
 GARANTIES D'ASSURANCE SALAIRE	 13
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	13
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	13
1. Délai de carence	13
2. Période de prestations	13
3. Montant de l'indemnité	14
4. Indexation	15
5. Réadaptation	16
6. Exclusions	16
 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	 17
1. Définitions	17
2. Admissibilité	19
3. Adhésion et exemption	19
4. Personnes à charge	20
5. Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail	21
6. Exonération des primes	22
7. Bénéficiaire	22
8. Procédure pour réclamer	23
 ASSURANCE VOYAGE	 25
IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION	25
1. Frais admissibles	26
2. Service d'assistance voyage	28
3. Obligations de l'assuré	29
4. Exclusions et réduction de la garantie	30
5. Définitions	31

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	33
1. Causes d'annulation ou d'interruption	33
2. Frais couverts	35
3. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage	36
4. Délai pour demander l'annulation	37
5. Coordination	37
6. Demande de prestations pour l'assurance annulation	37
7. Définitions	38

AVIS AUX ADHÉRENTS QUI TERMINENT LEUR RÉSIDENCE LE 30 JUIN	39
---	----

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR LE 1^{ER} JUILLET 2011	41
--	----

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Si par suite d'un accident ou d'une maladie, un adhérent doit supporter des frais pour lui-même ou pour ses personnes à charge, il a droit au remboursement de ces frais jusqu'à concurrence des montants mentionnés ci-après.

ASSURANCE MALADIE DE BASE

1. Hospitalisation

L'Assureur rembourse à 100 % les frais d'hospitalisation supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.

De plus, dans le cas d'un assuré admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ou si l'assuré reçoit, dans un centre hospitalier, des soins de longue durée, ces frais sont couverts jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

Des garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime d'assurance maladie. Les frais relatifs à ces garanties sont remboursables à 100 % et exempts de franchise. Une description complète de ces garanties se retrouve aux pages 25 et 33 de votre brochure.

2. Médicaments

Frais remboursés à 75 % des premiers 500 \$ de frais admissibles par année civile pour l'adhérent et ses personnes à charge, à 90 % des 500 \$ suivants et à 100 % de l'excédent.

- a) 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). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou

plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'ait choisi d'assurer lesdits médicaments en vertu de la présente garantie.

- b) Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a), inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'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.

Exclusions :

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

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit 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 modifier la prime à compter de la date de l'approbation avec le consentement du Preneur.

3. Frais remboursés à 100%

- a) les frais pour l'achat d'un **membre ou d'un oeil artificiel**, à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance ;
- b) les frais pour **oxygène ou location de matériel qui sert à l'administrer, sang et plasma sanguin** (à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma) ;
- c) les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **pansements, de prothèses, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires, de corsets orthopédiques et d'autres appareils orthopédiques** ;
- d) les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un modèle de base de **fauteuil roulant, lit d'hôpital** ou d'**autres appareils thérapeutiques** engagés sous recommandation médicale et nécessités par la condition physique de l'assuré ;
- e) les frais de **transport par ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien en cas d'urgence ;
- f) les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, 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. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 250 \$ par période de cinq années consécutives par assuré ;
- g) les frais d'achat de **stérilet**. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 75 \$ par année civile, par assuré ;
- h) les frais d'achat de **bas de soutien** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence de six paires par période de 12 mois consécutifs, par assuré.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

1. Frais remboursés à 100%

- a) les honoraires d'**infirmiers ou d'infirmiers auxiliaires** pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 3 000 \$ par année civile, par assuré ;
- b) les honoraires d'un **dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance, à condition que les services aient commencé dans les 12 mois de la date de l'accident ;

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

- c) les honoraires de **physiothérapeute**, pour des services fournis en dehors de l'hôpital, s'il est membre en règle d'une association professionnelle reconnue, jusqu'à concurrence de 25 \$ par traitement, sujets à un maximum de 20 traitements par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, par assuré, est sujet à prestation ;
- d) les honoraires de **chiropraticien, podiatre et ostéopathe**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue, jusqu'à concurrence de 20 \$ par traitement, sujets à un maximum de 400 \$ par année civile, par assuré ; un seul traitement par jour, par assuré, est sujet à prestation. Un montant annuel maximum de 40 \$ est alloué pour toutes les radiographies effectuées par un chiropraticien ;
- e) les honoraires d'**orthophoniste**, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 45 \$ par traitement, sujets à un maximum de 450 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation ;
- f) les honoraires d'**audiologiste**, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 45 \$ par traitement, sujets à un maximum de 450 \$ par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation ;
- g) les honoraires d'**ergothérapeute**, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 35 \$ par traitement, maximum de 20 traitements par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour, pour le même assuré, est sujet à prestation ;

- h) les honoraires de **psychologue**, avec un pourcentage de remboursement de 80 %, à raison d'une visite par jour, sujets à un remboursement maximum de 2 000 \$ par année civile, par assuré. Le psychologue doit être membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec ;
- i) les frais de **traitements par thérapie et/ou cure de désintoxication** suivie dans un établissement privé sous contrôle médical, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ viager, par assuré.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*, sont exclus de la présente garantie les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour des frais encourus :

- a) pour des soins de chirurgie esthétique ;
- b) pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime ;
- c) pour une appréciation de la vision, lunettes, verres de contact ou appareils auditifs ;
- d) pour des vaccins préventifs ;
- e) pour des injections sclérosantes ou dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- f) 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 voyage de santé ;
- g) pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier ;
- h) pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées ;
- i) en raison de toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- j) par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;
- k) pour tous frais relatifs à l'insémination ;
- l) pour tous soins, services ou fournitures de nature expérimentale ;
- m) pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie ;

- n) pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction figurant dans la description de la garantie s'appliquent en plus de celles stipulées précédemment ;
- o) pour la garantie d'assurance annulation, seules les exclusions et réduction figurant dans la description de la garantie s'appliquent.

De plus, sont exclus, les frais payables en vertu de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif.

TRANSFORMATION

Tout adhérent de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré aux termes de cette garantie parce qu'il cesse d'être un résident, pour une raison autre que la retraite peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de ses fonctions, obtenir sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle pour lui et ses personnes à charge s'il y a lieu, d'un genre alors émis par l'Assureur.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

1. Assurance vie de l'adhérent

Au décès de l'adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à une fois le salaire annuel.

2. Assurance vie des personnes à charge

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'un adhérent est le suivant :

- s'il s'agit du conjoint : 5 000 \$
- s'il s'agit d'un enfant à charge : 2 500 \$ à compter de l'âge de 24 heures.

3. Transformation

Lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible à la présente garantie, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité la totalité ou une partie de la présente garantie en une police individuelle d'assurance « vie entière », « temporaire à 65 ans » ou « temporaire un an ».

Cette police individuelle ne comporte pas d'exonération de prime et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe de l'adhérent lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de sa résidence.

GARANTIES D'ASSURANCE SALAIRE

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

L'Entente conclue entre la FMRQ et le MSSS prévoit le paiement, par l'employeur, d'une prestation d'assurance salaire advenant l'invalidité d'un résident. Cette prestation est payable à compter de la 6^e journée ouvrable d'invalidité et correspond à 80 % du salaire. Le paiement de la prestation cesse après 104 semaines. Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'entente collective.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

1. Délai de carence

Le délai de carence signifie la période pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Il est de 105 semaines.

2. Période de prestations

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

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ;
- la cessation de l'invalidité totale ; cependant, lorsqu'un adhérent invalide depuis au moins cinq années est déclaré apte à accomplir les tâches habituelles de son emploi et que, de l'avis de l'Assureur, les chances de succès pour compléter sa résidence sont faibles, l'Assureur s'engage à poursuivre le versement de la rente d'invalidité pour la période où l'adhérent participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur ;

Le paiement de la rente d'invalidité ne peut se poursuivre plus de trois années après la date à laquelle l'adhérent n'est plus considéré invalide.

- le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur ;
- le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur ;
- le décès de l'adhérent.

3. Montant de l'indemnité

Le montant de l'indemnité est égal à 100 % de la prestation nette payable la 105^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire de l'entente, ramenée sur une base mensuelle. La prestation nette est égale à la prestation brute prévue à l'entente comme étant 80 % du salaire, réduite des impôts fédéral et provincial, des contributions à la Régie des rentes du Québec, au Développement des ressources humaines Canada et au Régime québécois d'assurance parentale. Cette indemnité est réduite de la somme des montants suivants nets d'impôts :

- les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit et auxquelles l'adhérent aurait eu droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a 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.

- les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* 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 l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée ;
- les prestations reliées à l'invalidité en vertu de toute autre loi sociale ou d'un régime de retraite de l'employeur 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 l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés ci-dessus, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestation d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation tel que décrit précédemment.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux paragraphes précédents et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de cette garantie.

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

De plus, la somme des prestations nettes d'assurance salaire décrites ci-dessus et des revenus nets initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder 100 % du salaire net que l'adhérent aurait gagné à la 106^e semaine d'invalidité s'il avait été au travail.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- a) revenus d'invalidité provenant :
 - de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de toute autre législation similaire ou au même effet,
 - de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou toute autre législation similaire ou au même effet,
 - de la *Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, du Régime des rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement),
 - de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur ;
- b) tout gain provenant d'un travail rémunérateur.

De plus, pour fins de calcul des revenus d'autres sources, 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.

Le salaire net est déterminé en soustrayant du salaire brut les cotisations à la R.R.Q., à la D.R.H.C., au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.

4. Indexation

Le montant de la rente est ajusté annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec.

5. Réadaptation

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le service 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 l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du salaire net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

6. Exclusions

Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente garantie si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- a) en raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- b) en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligée volontairement qu'il soit sain d'esprit ou non, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité résultant d'une tentative de suicide pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation ;
- c) par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;
- d) pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées ;
- e) en raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet ;
- f) pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, l'adhérent doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Conjoint

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

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent, ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis un an ou plus ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent, ou
- iii) vit maritalement avec l'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 l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur 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 :

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;

- iii) une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.

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.

Invalidité totale

Un état d'incapacité résultant d'une maladie y compris un accident ou une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, d'un don d'organe ou de moelle osseuse, faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

Une invalidité résultant de maladie ou blessure qui a volontairement été causée par l'adhérent lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées, n'est pas reconnue comme une invalidité, sauf dans le cas d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'une tentative de suicide, si l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation.

Voyage

un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme de bienfaisance enregistré, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel. Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de l'assuré doit comporter un séjour d'au moins une nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

2. Admissibilité

Tout résident est admissible à l'assurance après avoir complété le délai d'admissibilité soit après un mois de service continu.

Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

3. Adhésion et exemption

L'adhésion est obligatoire pour tout résident qui remplit les conditions d'admissibilité. L'assurance des personnes à charge est obligatoire pour les garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire ainsi que l'assurance vie des personnes à charge.

Toutefois, il est possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer, pour les garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire, sa protection familiale en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

De plus, tout adhérent de 65 ans ou plus ou tout adhérent ayant une personne à charge âgée de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent régime, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments.

Un tel adhérent qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant, au cours des 31 jours suivant la date à laquelle il atteint 65 ans ou si antérieure, la date à laquelle la plus âgée de ses personnes à charge atteint 65 ans.

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle prévue selon le nombre d'assurés âgés de 65 ans ou plus dans la famille. L'adhérent ou la personne à charge, selon le cas, qui atteint 65 ans après la date mentionnée ci-haut, doit également assurer lesdits médicaments en vertu du présent régime.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

Tout résident peut refuser ou cesser de participer aux garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire à condition qu'il établisse qu'il est assuré, comme personne à charge, en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Il doit toutefois adhérer aux garanties d'assurance maladie de base et complémentaire aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime collectif se termine en établissant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré en vertu dudit contrat. Son assurance prend alors effet à cette date.

4. Personnes à charge

a) Garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire

Pour un résident admissible qui refuse ou qui ne peut remplir sa demande d'adhésion, la catégorie « adhérent avec ou sans personnes à charge » est déterminée en fonction de son état civil.

Les personnes à charge peuvent toutefois refuser ou cesser d'adhérer aux garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire, à la condition qu'elles attestent, à la satisfaction de l'Assureur, qu'elles sont assurées en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant des prestations similaires. Elles doivent toutefois adhérer aux garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine en établissant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il est devenu impossible qu'elles continuent à être assurées en vertu dudit contrat. L'assurance prend alors effet à cette date.

b) Garantie d'assurance vie des personnes à charge

Un adhérent assuré seul peut choisir de s'assurer avec personne(s) à charge dès qu'il acquiert des personnes à charge ou lors de la naissance d'un premier enfant ; l'assurance des personnes à charge prend effet à ce moment pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par le résident et reçue par l'Assureur dans les 60 jours qui suivent.

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 60 jours, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance prend alors effet le premier jour de la période de cotisation qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation de la demande par l'Assureur.

Un résident admissible qui refuse de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assuré selon la catégorie des participants sans personnes à charge. Dans le cas d'un résident admissible qui ne peut remplir sa demande d'adhésion, la catégorie « adhérent avec ou sans personnes à charge » est déterminée en fonction de son état civil.

5. Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail

Dans le cas d'une absence temporaire sans rémunération dont la durée excède la période de paie en vigueur chez l'employeur visé ou dans le cas d'un congé parental rémunéré prévu à l'entente, la participation aux garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire est maintenue avec paiement des primes. La participation aux autres garanties est suspendue et reprend automatiquement dès le retour au travail actif avec rémunération. Toutefois, l'adhérent peut se prévaloir de la possibilité de maintenir en vigueur sa participation à toutes les autres garanties auxquelles il participe en payant la prime totale prévue, sauf dans les cas où la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à verser la part de prime.

Si une invalidité survient au cours d'une de ces périodes et que l'adhérent avait maintenu sa participation, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail ou à compter de la date à laquelle le résident a droit à la prestation d'invalidité prévue à l'entente.

Lors de son retour au travail que le résident ait suspendu ou non sa participation, il est réadmis automatiquement aux garanties détenues antérieurement à son congé, sans preuves d'assurabilité et sur avis de l'employeur à l'Assureur.

La participation est maintenue dans les autres cas d'absence temporaire avec rémunération.

Un adhérent congédié, pour lequel le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir en vigueur sa participation aux garanties d'assurance maladie de base et maladie complémentaire, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Il peut également maintenir sa participation aux autres garanties auxquelles il participe sauf celle d'assurance salaire de longue durée, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où l'adhérent congédié a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation, il est considéré comme n'ayant jamais cessé sa participation à l'assurance et doit payer rétroactivement les primes dues incluant les primes d'assurance salaire de longue durée.

De plus, si une invalidité survient entre la date du congédiement et la date de la décision lorsque l'adhérent a gain de cause, le délai de carence en assurance salaire de longue durée débute à la date de la décision.

6. Exonération des primes

Assurance maladie et assurance vie des personnes à charge : En cas d'invalidité totale, l'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable, tant que dure l'invalidité, sans excéder une période de trois ans. Après cette période de trois ans, l'assurance prend fin. Dans le cas d'une invalidité totale résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue comme tel par la C.S.S.T., l'adhérent continue d'être assuré sans paiement de prime tant que son invalidité totale est reconnue par la C.S.S.T.

Toutefois, l'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'après une période de deux ans du début de l'invalidité. Dans tous les cas, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser l'âge de 71 ans.

Assurance salaire de longue durée : En cas d'invalidité totale, l'assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable et tant que dure l'invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans.

Assurance vie de l'adhérent : En cas d'invalidité totale, l'assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de la 6^e journée ouvrable, tant que dure l'invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle il atteint 65 ans si l'invalidité a débuté avant l'âge de 62 ans, ou dans le cas d'une invalidité débutant à 62 ans ou après, une période d'invalidité de trois ans ou l'âge de 71 ans si antérieur.

7. Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur, le tout sujet aux dispositions de la Loi. L'Assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

8. Procédure pour réclamer

Assurance maladie :

Médicaments – Service de paiement automatisé : Pour tout achat de médicaments admissibles en vertu de votre régime, pour vous-même et vos personnes à charge, s'il y a lieu, vous n'avez aucune demande de prestation à effectuer. C'est tout simple, vous présentez votre carte de services à votre pharmacien et le remboursement lui est fait directement.

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 demande de prestation directement à La Capitale. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'assurance sociale de l'assuré. Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus.

Assurance vie : Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis.

Assurance invalidité : Les prestations mensuelles sont payables à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestation doit être complété par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

ASSURANCE VOYAGE

L'Assureur rembourse les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence. Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder six mois ; ce séjour peut être prolongé pour plus de six mois pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de la période de six mois et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.

IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION

Pour être couvert par la présente garantie, un assuré souffrant d'une maladie ou d'une affection connue doit s'assurer avant son départ que cette maladie ou cette affection est stable et sous contrôle, qu'il peut effectuer ses activités quotidiennes régulières et qu'il ne présente aucun symptôme pouvant raisonnablement laisser présager qu'il puisse présenter des complications ou requérir des soins médicaux pendant la durée du séjour prévu à l'extérieur de sa province de résidence.

Une maladie ou une affection est considérée stable lorsqu'il y a absence :

- d'aggravation;
- de rechute ou de récurrence;
- de diagnostic de phase terminale d'évolution;
- de chronicité pouvant entraîner des risques de dégradation ou des complications pendant le séjour prévu à l'extérieur de la province de résidence.

L'assuré qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertain quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

1. Frais admissibles

Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré ;
- b) les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation ;
- c) 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 ;
- d) le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence ;
- e) 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 avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage ;
- f) 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 ;
- g) les honoraires professionnels d'un chirurgien-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

- h) 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 ;

- i) 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 ;
- j) 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 ;
- k) 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) 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 la 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 ;
- m) 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 ledit 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 \$;
- n) 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 condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$;

- o) 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 \$.

Allocation de subsistance

- p) 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.

- a) 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 l'Assureur ;
- b) 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 ;
- c) 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 ;
- d) l'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même ;
- e) 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 l'Assureur si admissibles ;

- f) 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 ;
- g) 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 ;
- h) l'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger un service téléphonique d'interprètes polyglottes ;
- i) 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

- a) 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 ;
- b) 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 ;
- c) lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance 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 ;
- d) 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. Les assurés conviennent 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 demande de prestations et encaisser tout remboursement.

4. Exclusions et réduction de la garantie

En plus des exclusions et réduction s'appliquant à la garantie d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de la 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 de l'hôpital 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 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- e) 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 ;
- f) 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 ;
- g) 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 ;
- h) pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule 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 ;
- i) à la suite de l'absorption volontaire abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;

- j) 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, 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.

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

5. Définitions

« Accident » : Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure et indépendamment de toute autre cause.

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

« Proche parent » : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits-enfants de l'assuré.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyages 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.

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 ou 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) l'exclusion ou le congédiement de l'adhérent en tant que médecin résident ou la perte involontaire d'emploi permanent de son conjoint, pourvu que ce dernier 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 l'Assureur.

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 de la garantie d'assurance annulation de voyage

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 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- f) une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, 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 l'Assureur, 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.

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 l'Assureur doit être avisé au même moment. La responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause 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.

6. Demande de prestations pour l'assurance annulation

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

- a) les titres de transport inutilisés ;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires ;
- c) 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 l'Assureur ;
- d) 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 ;
- e) 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 ;
- f) le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques ;

- g) 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;
- h) tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

7. Définitions

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.

AVIS AUX ADHÉRENTS QUI TERMINENT LEUR RÉSIDENCE LE 30 JUIN

Veuillez prendre note que, le 30 juin de chaque année, la Fédération nous remet une liste des personnes susceptibles de terminer leur résidence.

À compter de cette date, nous devons désactiver la carte de services de paiement automatisé pour les personnes apparaissant sur cette liste. Si votre nom s'y retrouve, votre protection prendra donc fin le 30 juin à minuit.

Afin de vous conformer à la *Loi sur l'assurance médicaments*, vous avez l'obligation de vous assurer à compter du 1^{er} juillet auprès de tout organisme ou fédération offrant un régime d'assurance collective auquel vous devenez admissible. Toutefois, s'il devait s'écouler un délai entre la date de fin de votre protection avec la FMRQ (fin de résidence) et la date d'entrée en vigueur de votre nouveau régime d'assurance (à la suite de l'obtention d'un permis de pratique), vous devez en aviser la Fédération, afin de prolonger votre protection jusqu'à la date prévue d'entrée en vigueur de votre nouvelle assurance. Sur réception de l'approbation de la FMRQ, La Capitale vous facturera directement pour cette période de prolongation.

D'autre part, si pour une raison quelconque, votre période de résidence devait se poursuivre au-delà du 30 juin, vous devez informer la Fédération des Médecins Résidents, et ce, dès la réception de votre carte de stage.

Qu'il s'agisse d'une demande de prolongation d'assurance ou que ce soit pour confirmer la poursuite de votre résidence au-delà de la date prévue, dans tous les cas, vous devez communiquer avec madame Élise St-Pierre au 514 282-0256 ou au 1 800 465-0215.

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR LE 1^{ER} JUILLET 2011

Vous trouverez ci-après la nouvelle tarification qui sera applicable du 1^{er} juillet 2011 au 30 juin 2012.

GARANTIE	TAUX PAR PÉRIODE DE 7 JOURS		TAUX PAR PÉRIODE DE 14 JOURS	
	Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
Assurance maladie de base				
Prime totale	12,53 \$	25,43 \$	25,06 \$	50,85 \$
Part de l'employeur	0,79 \$	1,99 \$	1,59 \$	3,98 \$
Part de l'employé	11,74 \$	23,44 \$	23,47 \$	46,87 \$
Assurance maladie complémentaire	1,75 \$	2,86 \$	3,49 \$	5,72 \$
Assurance vie des personnes à charge	0,13 \$ par famille		0,26 \$ par famille	
Assurance vie de l'adhérent	0,060 % du salaire versé ¹			
Assurance salaire de longue durée	0,404 % du salaire versé ¹			

1- Le salaire versé inclut la prime de garde.

Note : Veuillez noter que la taxe provinciale de 9 % doit être ajoutée aux taux mentionnés dans ce document.



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Pour joindre La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

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

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 protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

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

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

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

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

lacapitale.com