

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



Contrat 004500



FÉDÉRATION DES
MÉDECINS RÉSIDENTS
DU QUÉBEC

Comité d'assurance F.M.R.Q.

Régime modifié le 1^{er} juillet 2018

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 de la Fédération des médecins résidents du Québec.



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

SOMMAIRE DES GARANTIES	5
ASSURANCE MALADIE	11
1. Admissibilité des frais	11
2. Régime de base	12
3. Régime intermédiaire	13
4. Régime supérieur	17
5. Exclusions et réduction de l'assurance maladie	22
ASSURANCE VIE	25
1. Assurance vie de l'adhérent	25
2. Assurance vie des personnes à charge	25
3. Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge	25
ASSURANCE SALAIRE	27
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	27
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	27
1. Délai de carence	27
2. Période de prestations	27
3. Montant des prestations	28
4. Indexation	30
5. Réadaptation	30
6. Exclusions	31
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	33
1. Définitions	33
2. Admissibilité	37
3. Participation, adhésion et exemption	38
4. Date d'entrée en vigueur de l'assurance	40
5. Changement de régime en assurance maladie ou de statut de protection ...	40
6. Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail	42
7. Exonération des primes en cas d'invalidité totale	43
8. Date de terminaison de l'assurance	44
9. Bénéficiaire	44
10. Demande de prestations	45

Sommaire
des garanties

Assurance
maladie

Assurance vie

Assurance
salaire

Renseignements
généraux

Assurance
voyage

Assurance
annulation
de voyage

Avis aux
adhérents

ASSURANCE VOYAGE	47
1. Frais admissibles	48
2. Service d'assistance voyage	50
3. Obligations de l'assuré	51
4. Exclusions et réduction de l'assurance voyage	52
5. Coordination	53
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	55
1. Causes d'annulation ou d'interruption	55
2. Frais couverts	57
3. Exclusions de l'assurance annulation de voyage	58
4. Délai pour demander l'annulation	59
5. Coordination	59
6. Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage	59
AVIS AUX ADHÉRENTS QUI TERMINENT LEUR RÉSIDENTE LE 30 JUIN	61

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau décrit brièvement les garanties de votre régime d'assurance collective. Afin d'obtenir une description complète des garanties, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

ASSURANCE MALADIE			
Les maximums indiqués sont par assuré, à moins d'indication à l'effet contraire.			
	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME SUPÉRIEUR
1. Frais d'hospitalisation et d'assurance voyage			
Frais hospitaliers au Canada (soins de courte et de longue durée)	Non couverts	100 % Chambre semi-privée	100 % Chambre privée, incluant la maison de convalescence
Assurance voyage avec assistance	100 % Remboursement maximal de 1 000 000 \$ par événement	100 % Remboursement maximal de 1 000 000 \$ par événement	100 % Remboursement maximal de 5 000 000 \$ par événement
Assurance annulation de voyage	100% Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage	100% Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage	100% Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage
2. Frais de médicaments			
Médicaments	68 %, jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM Liste RAMQ Substitution générique Service de paiement automatisé direct	75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, 90 % des 500 \$ de frais suivants et 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat. Liste régulière Substitution générique Service de paiement automatisé direct	75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, 90 % des 500 \$ de frais suivants et 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat. Liste régulière Substitution générique Service de paiement automatisé direct
Injections sclérosantes (substance seulement)	Non couvertes	Non couvertes	100 % Remboursement maximal de 50 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile

ASSURANCE MALADIE (suite)			
Les maximums indiqués sont par assuré, à moins d'indication à l'effet contraire.			
	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME SUPÉRIEUR
2. Frais de médicaments (suite)			
Vaccins préventifs	Non couverts	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile
3. Professionnels de la santé			
Acupuncteur	Non couvert	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile
Audiologiste	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile
Chiropraticien	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile
Diététiste	Non couvert	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile
Ergothérapeute	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 35 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile	100 % Remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile
Kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute	Non couverts	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 300 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Orthophoniste	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile

ASSURANCE MALADIE (suite)

Les maximums indiqués sont par assuré, à moins d'indication à l'effet contraire.

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME SUPÉRIEUR
3. Professionnels de la santé (suite)			
Ostéopathe	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 25 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	100 % Remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Podiatre	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile
Psychologue	Non couvert	80 %, incluant les honoraires d'un psychothérapeute Remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile	80 %, incluant les honoraires d'un psychanalyste, d'un psychothérapeute ou d'un travailleur social Remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Radiographies de chiropraticien	Non couvertes	100 % Remboursement maximal de 40 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 60 \$ par année civile
4. Autres frais admissibles			
Accident aux dents naturelles	Non couvert	100 %	100 %
Ambulance	Non couverte	100 %	100 %
Appareils orthopédiques	Non couverts	100 %	100 %
Appareils thérapeutiques	Non couverts	100 %	100 %
Bas de soutien	Non couverts	100 % Maximum de 100 \$ par paire et de 3 paires par période de 12 mois consécutifs ¹	100 % Maximum de 100 \$ par paire et de 3 paires par période de 12 mois consécutifs ¹

**Sommaire
des garanties**

ASSURANCE MALADIE (suite)			
Les maximums indiqués sont par assuré, à moins d'indication à l'effet contraire.			
	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME SUPÉRIEUR
4. Autres frais admissibles (suite)			
Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	Non couvertes	100 %	100 %
Chirurgie esthétique suite à un accident	Non couverte	Non couverte	100 % Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident
Cure fermée de désintoxication ou thérapie externe	Non couverte	100 % Remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie	100 % Remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie
Fauteuil roulant et lit d'hôpital	Non couverts	100 %	100 %
Glucomètre, dextromètre et autre appareil du même genre	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs, pour un assuré insulino-dépendant seulement ¹	100 % Remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs ¹
Membre ou oeil artificiel	Non couverts	100 % Perte résultant d'un accident	100 % Perte résultant d'un accident ou d'une maladie
Oxygène et matériel servant à l'administrer, sang, plasma sanguin	Non couverts	100 %	100 %
Prothèse articulaire et intraoculaire	Non couvertes	100 % des frais en excédent des frais couverts par la RAMQ si la chirurgie est effectuée dans un établissement public	100 % des frais en excédent des frais couverts par la RAMQ si la chirurgie est effectuée dans un établissement public 100 % des frais engagés, excluant les honoraires professionnels, si la chirurgie est effectuée dans un établissement privé

ASSURANCE MALADIE (suite)

Les maximums indiqués sont par assuré, à moins d'indication à l'effet contraire.

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME SUPÉRIEUR
4. Autres frais admissibles (suite)			
Prothèse capillaire	Non couverte	100 %	100 %
Prothèse mammaire externe	Non couverte	100 %	100 %
Radiographies, tomodensitométries, résonances magnétiques, analyses de laboratoire et électro- cardiogrammes	Non couverts	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile
Soins infirmiers	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 150 \$ par jour et de 3 000 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile
Soins visuels (examen de la vue, lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser)	Non couverts	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 350 \$ par période de 24 mois consécutifs ¹
Stérilet	Non couvert	100 % Remboursement maximal de 75 \$ par année civile	100 % Remboursement maximal de 200 \$ par année civile
Transport et hébergement au Québec pour des soins non disponibles dans la région de résidence	Non couverts	Non couverts	100 % Remboursement maximal de 75 \$ par jour pour l'hébergement et de 1 500 \$ par année civile pour l'hébergement et le transport

1- Lorsqu'un maximum est pour une période de temps autre qu'une année civile, le début de cette période correspond à la date à laquelle l'assuré achète le produit ou la fourniture pour la première fois.

Exemple : Si l'assuré achète une paire de lunettes le 4 avril 2017, la période de 24 mois consécutifs débute à cette date et s'étend jusqu'au 3 avril 2019. La prochaine période de 24 mois débutera à la date du prochain achat de lunettes suivant la fin de la période précédente.

**Sommaire
des garanties**

ASSURANCE VIE

Adhérent	1 fois le salaire annuel
Personnes à charge :	
Conjoint	5 000 \$
Enfant à charge (à compter de l'âge de 24 heures)	2 500 \$

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Voir détails à la page 27 de la présente brochure

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Délai de carence	105 semaines
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de l'indemnité	100 % de la prestation nette payable à la 105 ^e semaine d'invalidité
Indexation	Selon l'indice de Retraite Québec

ASSURANCE MALADIE

1. Admissibilité des frais

Les frais admissibles sont les frais raisonnables et généralement reconnus selon la gravité du cas, encourus par un assuré par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse.

Les services et fournitures doivent être médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.

Seuls les frais payables en excédent de ceux couverts par les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré sont admissibles, que l'assuré soit inscrit ou non à ces régimes.

Pour que les frais soient admissibles, le professionnel de la santé doit être légalement autorisé à pratiquer dans son domaine et être membre en règle de l'ordre professionnel lui permettant d'exercer ses activités et d'utiliser son titre. À défaut d'un tel ordre, il doit être membre d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur.

L'assuré ne peut réclamer qu'un seul traitement ou consultation par jour avec un même professionnel de la santé, et ce, peu importe le nombre de spécialités qu'exerce ce professionnel.

Les frais admissibles sont sujets aux exclusions et réduction prévues à la section 5 de l'assurance maladie.

2. Régime de base

2.1 Frais d'assurance voyage

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime de base d'assurance maladie.

Une description complète de ces garanties se retrouve aux pages 47 et 55 de la présente brochure.

2.2 Frais de médicaments

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 68 %, jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le Régime général d'assurance médicaments.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A 29.01). 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.

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

3. Régime intermédiaire

3.1 Frais d'hospitalisation et d'assurance voyage

Frais hospitaliers au Canada (soins de courte et de longue durée)

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance. Ces frais sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence du coût pour une chambre semi-privée.

De plus, sont également couverts les frais engagés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ou dans un centre hospitalier pour des soins de longue durée.

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime intermédiaire d'assurance maladie.

Une description complète de ces garanties se retrouve aux pages 47 et 55 de la présente brochure.

3.2 Frais de médicaments

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, à 90 % des 500 \$ de frais suivants et à 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A 29.01). 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.

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 (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.

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

3.3 Professionnels de la santé

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %, sauf s'il y a une indication à l'effet contraire.

- a) Les honoraires d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile, par assuré.
- b) Les honoraires d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- c) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 35 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré.
- d) Les honoraires d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 450 \$ par année civile, par assuré.

- e) Les honoraires d'un **ostéopathe**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- f) Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique** pour des services rendus en dehors d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 25 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- g) Les honoraires d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par assuré.
- h) Les honoraires d'un **psychologue** ou d'un **psychothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Ces frais sont remboursés à 80 %. **Le psychothérapeute doit être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.**
- i) Les **radiographies effectuées par un chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par assuré.

3.4 Autres frais admissibles

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

- a) Les honoraires d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les traitements doivent avoir débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- b) 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.
- c) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **pansements**, de **prothèses**, à l'exception de celles couvertes par d'autres clauses du présent régime, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres**, de **bandages herniaires**, de **corsets orthopédiques** et d'**autres appareils orthopédiques**.
- d) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, d'**appareils thérapeutiques**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- e) Les frais d'achat de **bas de soutien** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ par paire et d'un maximum de 3 paires par période de 12 mois consécutifs, par assuré.

- f) Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, de même que les frais d'achat d'**orthèses podiatriques**. Ces chaussures et orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- g) Les frais de **cure fermée** ou de **thérapie externe** dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif en vue de la désintoxication ou de la réadaptation de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie, par assuré.
- h) 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** ou **lit d'hôpital**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- i) Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre** et tout **appareil du même genre**) et de la mallette permettant son transport, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs, par assuré. L'assuré devra présenter un rapport complet du médecin traitant attestant qu'il est insulino-dépendant et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil afin que les frais soient admissibles.
- j) Les frais pour l'achat d'un **membre** ou d'un **oeil artificiel** pourvu que la perte soit survenue en cours d'assurance et qu'elle résulte d'un accident.
- k) Les frais pour **oxygène** ou **location de matériel servant à l'administrer, sang et plasma sanguin** (à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma).
- l) Les frais d'achat d'une **prothèse articulaire** ou **intraoculaire** en excédent des frais couverts par la RAMQ lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement public.
- m) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- n) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** à la suite d'une mastectomie. Les frais couverts sont les frais en excédent de ceux payables par la RAMQ.
- o) Les honoraires d'**infirmiers** ou d'**infirmiers auxiliaires** pour des soins médicaux continus 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 remboursement maximal de 150 \$ par jour et de 3 000 \$ par année civile, par assuré.

- p) Les frais d'achat de **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par année civile, par assuré.

4. Régime supérieur

4.1 Frais d'hospitalisation et d'assurance voyage

Frais hospitaliers au Canada (soins de courte et de longue durée)

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance. Ces frais sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence du coût pour une chambre privée.

De plus, sont également couverts les frais engagés dans une maison de convalescence, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, au sens de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux, ou dans un centre hospitalier pour des soins de longue durée.

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

L'assurance voyage et l'assurance annulation de voyage font partie intégrante du régime supérieur d'assurance maladie.

Une description complète de ces garanties se retrouve aux pages 47 et 55 de la présente brochure.

4.2 Frais de médicaments

- a) **Les frais décrits ci-après sont remboursés à 75 % des premiers 600 \$ de frais admissibles, à 90 % des 500 \$ de frais suivants et à 100 % de l'excédent, par certificat, par année civile. La contribution annuelle maximale est de 200 \$ par certificat.**

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A 29.01). 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.

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 (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.

Les frais admissibles pour un médicament prescrit pour lequel il existe au moins un médicament générique équivalent sont limités au coût du médicament générique équivalent le moins cher. Toutefois, si le professionnel de la santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance, le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

- b) Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 50 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile, par assuré.
- c) Les frais pour les **vaccins**, y compris les vaccins de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et administrés par un médecin ou un infirmier sont remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, par assuré.

4.3 Professionnels de la santé

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %, sauf s'il y a une indication à l'effet contraire.

- a) Les honoraires d'un **acupuncteur**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- b) Les honoraires d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile, par assuré.

- c) Les honoraires d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- d) Les honoraires d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- e) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré.
- f) Les honoraires d'un **kinésithérapeute**, d'un **massothérapeute** et d'un **orthothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 300 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- g) Les honoraires d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 55 \$ par traitement et de 550 \$ par année civile, par assuré.
- h) Les honoraires d'un **ostéopathe**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- i) Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique** pour des services rendus en dehors d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 45 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels.
- j) Les honoraires d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 600 \$ par année civile, par assuré.
- k) Les honoraires d'un **psychologue**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychothérapeute** ou d'un **travailleur social**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Ces frais sont remboursés à 80 %. **Le psychothérapeute doit être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.**
- l) Les **radiographies effectuées par un chiropraticien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 60 \$ par année civile, par assuré.

4.4 Autres frais admissibles

Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

- a) Les honoraires d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les traitements doivent avoir débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.

- b) 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.
- c) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de **pansements**, de **prothèses**, à l'exception de celles couvertes par d'autres clauses du présent régime, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres**, de **bandages herniaires**, de **corsets orthopédiques** et d'**autres appareils orthopédiques**.
- d) Les frais d'achat ou de location, selon le cas, d'**appareils thérapeutiques**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- e) Les frais d'achat de **bas de soutien** à compression forte ou moyenne (13 mm de Hg ou plus), jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ par paire et d'un maximum de 3 paires par période de 12 mois consécutifs, par assuré.
- f) Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, de même que les frais d'achat d'**orthèses podiatriques**. Ces chaussures et orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- g) Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services aient été rendus dans les 24 mois de la date de l'accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par assuré.
- h) Les frais de **cure fermée** ou de **thérapie externe** dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif en vue de la désintoxication ou de la réadaptation de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour et de 3 000 \$ à vie, par assuré.
- i) 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** ou **lit d'hôpital**, sur recommandation médicale et lorsque nécessités par la condition physique de l'assuré.
- j) Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, **dextromètre** et tout **appareil du même genre**) et de la mallette permettant son transport, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 5 ans consécutifs, par assuré.

- k) Les frais pour l'achat d'un **membre** ou d'un **oeil artificiel** pourvu que la perte soit survenue en cours d'assurance, qu'elle résulte d'un accident ou d'une maladie.
- l) Les frais pour **oxygène** ou **location de matériel servant à l'administrer, sang et plasma sanguin** (à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma).
- m) Les frais d'achat d'une **prothèse articulaire** ou **intraoculaire** en excédent des frais couverts par la RAMQ lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement public ou le coût total de la prothèse lorsque la chirurgie est effectuée dans un établissement privé. Tous les frais autres que ceux reliés au coût de la prothèse, comme les honoraires professionnels, sont toutefois exclus du présent paragraphe.
- n) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- o) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** à la suite d'une mastectomie. Les frais couverts sont les frais en excédent de ceux payables par la RAMQ.
- p) Les frais pour **radiographies, tomодensitométries, résonances magnétiques, électrocardiogrammes et analyses de laboratoire** aux fins de prévention ou de diagnostic effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces frais.
- q) Les honoraires d'**infirmiers** ou d'**infirmiers auxiliaires** pour des soins médicaux continus 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 remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile, par assuré.
- r) Les frais pour un **examen de la vue** ou pour l'achat de **lunettes** ou de **lentilles cornéennes** sur recommandation d'un médecin ou d'un optométriste, ainsi que les frais relatifs à une **chirurgie au laser** effectuée par un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 350 \$ par période de 24 mois consécutifs, par assuré, pour l'ensemble de ces frais.
- s) Les frais d'achat de **stérilet**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 200 \$ par année civile, par assuré.

t) **Transport et hébergement pour des soins non disponibles dans la région de résidence**

Les frais suivants sont admissibles, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 75 \$ par jour pour l'hébergement et de 1 500 \$ par année civile, par assuré, pour l'hébergement et le transport, si l'assuré doit consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste au Québec non disponible dans la région de résidence, pourvu que les traitements soient recommandés par un médecin et que les frais soient engagés au Québec :

- Les frais pour un déplacement d'au moins 200 kilomètres (aller seulement) du lieu de résidence de l'assuré par le transporteur public le plus économique (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile. Toutefois, pour les déplacements effectués en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le déplacement avait été effectué par le transporteur public le plus économique.
- Les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour. Les frais admissibles sont remboursés sur présentation de factures acquittées.
- Les frais engagés par ou pour un accompagnateur, lorsque la situation médicale le justifie, sont également admissibles.
- Si l'adhérent détient une protection individuelle, les frais admissibles sont ceux engagés par et pour lui-même. Si l'adhérent détient une protection familiale, les frais admissibles doivent être engagés par l'adhérent pour lui-même ou une de ses personnes à charge.

L'Assureur ne paie que les frais en excédent de ceux qui sont payés ou auraient été payables par tout programme gouvernemental.

5. Exclusions et réduction de l'assurance maladie

5.1 Exclusions spécifiques aux médicaments

Les frais engagés pour les produits suivants ne sont pas admissibles :

- a) les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP ;
- b) les 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) les substances ou les aliments diététiques, les produits contre l'obésité ;
- 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 non couverts par le Régime général d'assurance médicaments ;
- h) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance non couverts par le Régime général d'assurance médicaments ;
- i) toute substance utilisée dans le but d'insémination, les gelées et les mousses à but contraceptif et prophylactique ;
- j) les 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 ce 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.

5.2 Exclusions et réduction générales

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, les produits et services décrits ci-après sont exclus de la présente garantie, sauf s'ils sont expressément couverts par le régime retenu par l'assuré :

- a) les soins de chirurgie esthétique ;
- b) les soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime ;
- c) un examen de la vue ou l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes ;
- d) les appareils auditifs ;
- e) un examen de l'ouïe ;
- f) les vaccins préventifs ;
- g) les injections sclérosantes ou dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- h) un examen médical périodique, ou un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé ;

- i) les soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier ;
- j) les frais relatifs à l'insémination ;
- k) les soins, services ou fournitures de nature expérimentale ;
- l) tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie ;
- m) tous les frais payables en vertu de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif.

De plus, les frais engagés lors des circonstances suivantes ne sont pas admissibles :

- a) une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées ;
- b) une guerre déclarée ou non, ou de la participation active de l'assuré à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- c) la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel.

Pour l'assurance voyage, les exclusions et réduction figurant dans la description de la garantie s'appliquent en plus de celles stipulées précédemment.

Pour l'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réduction figurant dans la description de la garantie s'appliquent.

6. Transformation

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de fin de l'assurance. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai.

Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son assurance collective.

Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

ASSURANCE VIE

1. Assurance vie de l'adhérent

Le montant d'assurance vie payable au décès de l'adhérent est égal à une fois son salaire annuel établi à la date du décès ou à la date du début de l'exonération des primes, si celle-ci est antérieure.

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. Droit de transformation applicable à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge

En cas de fin d'appartenance au groupe

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

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

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat pourra transformer ce montant en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de cette personne à charge à la date de la transformation ou 400 000 \$.

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

Protections disponibles lors de la transformation

L'adhérent qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

ASSURANCE SALAIRE

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

1. Délai de carence

Lorsqu'un adhérent âgé de moins de 65 ans devient totalement invalide et le demeure pendant plus de 105 semaines, il a droit aux prestations décrites au point 3. Montant des prestations à compter de la 106^e semaine de cette invalidité.

2. Période de prestations

Le premier versement de prestations 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.

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

- la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ;
- la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide ;
- la date à laquelle l'adhérent fait défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur ;
- la date à laquelle l'adhérent refuse de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur ;
- la date de décès de l'adhérent.

3. Montant des prestations

Le montant des prestations 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 au Régime de rentes du Québec, des cotisations à l'assurance emploi et au Régime québécois d'assurance parentale. Pour le résident effectuant un fellowship, le montant de prestations est égal à 80 % du salaire net.

Les prestations de l'Assureur sont réduites de la somme des montants suivants nets d'impôts :

- Les prestations 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, ou 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 aux prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de ce régime est présumé recevoir les prestations d'invalidité qu'il aurait reçues 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 des prestations mentionnés ci-dessus, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations 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 des prestations 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 des prestations payables en vertu de cette garantie.

Le montant des prestations en cas d'invalidité se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 des prestations mensuelles 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 prestations 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, à l'exception des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation.

De plus, pour fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit aux prestations d'invalidité de Retraite Québec et qui demande sa rente de retraite de cet organisme est présumé recevoir les prestations d'invalidité qu'il aurait reçues s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

4. Indexation

Le montant des prestations est ajusté 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

La réadaptation est un processus par lequel l'Assureur offre aux adhérents en invalidité des soins médicaux, paramédicaux ou le support nécessaire au retour à la santé en vue de faire un retour à la résidence.

La démarche en réadaptation est proposée sur une base volontaire et elle débute avec une évaluation permettant de cibler les besoins, de déterminer quels seront les enjeux permettant ou non à l'adhérent de faire un retour à la résidence et d'offrir un support personnalisé.

L'objectif premier de cette démarche est de permettre, si possible, un retour durable à la résidence ; les interventions étant orientées en ce sens. Cependant, si les limitations fonctionnelles empêchent définitivement le retour à la résidence, l'Assureur intervient hâtivement afin d'offrir une assistance en vue d'une réintégration sur le marché du travail dans un emploi rémunérateur pour lequel l'adhérent possède les aptitudes raisonnables, compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. Ce service ne pourra être offert par l'Assureur au-delà de la période de 36 mois débutant avec le début des prestations d'assurance salaire de longue durée.

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation continue de recevoir des prestations d'assurance salaire égales au montant des prestations mensuelles de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération nette reçue pour le travail effectué en vertu de ce programme.

Si le revenu de l'adhérent, provenant des prestations d'assurance salaire et de la rémunération nette du 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, les prestations mensuelles d'assurance salaire sont réduites de l'excédent.

6. Exclusions

Aucune prestation 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 infligé 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 ;
- 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 continus d'un médecin, à moins que le médecin n'atteste, à la satisfaction de l'Assureur, que la condition médicale de l'adhérent est stable ;
- g) pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent ne reçoit pas les soins pertinents et adéquats requis pour la blessure ou la maladie ayant causé l'invalidité totale et recommandés par le médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Accident

Événement soudain, fortuit et imprévu qui résulte exclusivement d'une cause extérieure de nature violente et non intentionnelle et qui entraîne directement, et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles constatées par un médecin.

Activité à caractère commercial

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

Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 actionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

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.

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.

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.

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.

Invalidité totale

Un état d'incapacité résultant soit d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, faisant l'objet d'un suivi médical et qui, **pendant les 60 premiers mois**, rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

Suivant cette période de 60 mois, cet état d'incapacité, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice lui procurant au moins 80 % du salaire qu'il recevait à la date de début de son invalidité et pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Une invalidité résultant d'une maladie ou d'une 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 ou de toxicomanie si l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation, ou d'une tentative de suicide.

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.

Période d'invalidité

Au cours des 36 premiers mois d'invalidité, une période d'invalidité totale est toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à plein temps ou de disponibilité pour un travail à plein temps, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Après les 36 premiers mois d'invalidité, une période d'invalidité totale est toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet. Toute invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité.

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.

Résident

Un résident tel que défini à l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins résidents du Québec. Un résident qui effectue un fellowship en médecine dans la province de Québec, et ce, dans la période de 3 mois suivant la fin de sa résidence, est également considéré comme résident aux fins de l'application de ce contrat.

Salaire

Résident : Le salaire à l'échelle, la prime de garde, la prime à l'enseignement et les primes s'appliquant au résident-coordonnateur ou assistant résident-coordonnateur, mais excluant les paiements pour le temps supplémentaire et tout paiement forfaitaire.

Résident effectuant un fellowship en médecine : Le salaire considéré durant le fellowship est celui qui a été reçu au cours de la dernière année de résidence, et ce, sans aucune indexation pour la durée totale du fellowship.

Salaire net

Résident : Le salaire moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, à Emploi et Développement social Canada, 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.

Résident effectuant un fellowship en médecine : Le salaire moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, à Emploi et Développement social Canada, au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les exemptions auxquelles l'adhérent a droit.

Voyage

Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de l'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant le séjour de l'assuré pour un minimum d'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 1 mois de service continu.

La période de 1 mois prévue ci-haut ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Si le résident revient chez un employeur dans les 30 jours civils suivant l'abandon de son programme de résidence.
- Lors du changement d'employeur en cours de résidence pourvu qu'il y ait moins de 30 jours entre la date à laquelle le résident quitte son employeur précédent et commence à travailler pour son nouvel employeur.
- Lorsqu'un résident qui a complété sa résidence débute un stage complémentaire dans les 4 mois suivant la fin de son programme de résidence. L'assurance est maintenue durant la période entre la fin de la résidence et le début du stage.

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.

Un résident qui débute un fellowship en médecine dans la province de Québec, et ce, dans la période de 3 mois suivant la fin de sa résidence, demeure admissible au présent contrat. L'assurance d'un tel résident se poursuit sans interruption après la fin de sa résidence et se termine au plus tard à la fin de son fellowship.

3. Participation, adhésion et exemption

3.1 Participation

La participation d'un résident admissible à l'assurance est obligatoire pour toutes les garanties, sous réserve du droit d'exemption en assurance maladie.

De même, la participation des personnes à charge est obligatoire à l'assurance maladie, sous réserve du droit d'exemption, et à l'assurance vie des personnes à charge. Toutefois, l'adhésion à l'assurance vie des personnes à charge n'est possible que si le résident détient une protection familiale en assurance maladie ou s'il s'est prévalu du droit d'exemption en assurance maladie.

Le résident doit choisir un des 3 régimes d'assurance maladie suivants :

- Régime de base
- Régime intermédiaire
- Régime supérieur

Le régime d'assurance maladie choisi par le résident s'applique également à ses personnes à charge, si elles sont assurées.

Le régime d'assurance maladie choisi par le résident au moment de son adhésion demeure en vigueur pour toute la durée de la résidence. Toutefois, l'adhérent peut changer de régime d'assurance maladie lorsqu'un des événements prévus à l'article 5 survient, selon les dispositions prévues à cet article.

Dispositions applicables aux assurés de 65 ans ou plus

L'adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus peut changer 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 un conjoint âgé de 65 ans ou plus, peut choisir d'assurer les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments en vertu du présent régime. Pour ce faire, l'adhérent doit compléter une demande d'adhésion pour lui et son conjoint, le cas échéant, au cours des 60 jours suivant la date du 65^e anniversaire de l'adhérent ou de son conjoint, selon la première éventualité.

Dans ce dernier 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 du délai de 60 jours.

3.2 Adhésion

Le résident doit transmettre un formulaire d'adhésion dûment rempli, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible.

Si le formulaire n'est pas reçu dans les délais, le résident sera automatiquement inscrit au régime intermédiaire de l'assurance maladie, sans possibilité de changement, à l'assurance vie de l'adhérent et à l'assurance salaire de longue durée. La protection individuelle ou familiale en assurance maladie sera déterminée en fonction de son état civil. Si une protection familiale est accordée en assurance maladie, l'assurance vie des personnes à charge lui sera également accordée.

3.3 Droit d'exemption en assurance maladie

Tout résident admissible peut refuser d'adhérer ou cesser de participer à l'assurance maladie, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, à condition qu'il fasse la preuve à l'Assureur qu'ils sont assurés en vertu d'un régime d'assurance maladie collective comportant des prestations similaires.

Ils doivent toutefois adhérer à l'assurance maladie du présent régime dès qu'ils cessent d'être couverts par l'autre régime collectif en démontrant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils ne peuvent demeurer assurés en vertu dudit régime. Le résident doit transmettre son choix de régime d'assurance maladie dans les 60 jours de la cessation de l'assurance du régime qui a permis l'exemption. Si ce délai n'est pas respecté, le régime intermédiaire d'assurance maladie sera automatiquement accordé.

L'assurance maladie pour le résident et ses personnes à charge, le cas échéant, entre en vigueur à la date de terminaison de l'assurance du régime ayant permis l'exemption.

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

a) Résident

Assurance maladie

L'assurance du résident entre en vigueur à la première des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du présent contrat ;
- la date à laquelle il devient admissible ;
- la date de terminaison de l'assurance du régime ayant permis l'exemption.

Assurance vie et assurance salaire de longue durée

L'assurance du résident entre en vigueur à la date à laquelle il devient admissible, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date.

Si le résident n'est pas effectivement au travail à cette date, l'assurance débutera à la date de son retour effectif au travail.

b) Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, mais jamais avant celle du résident :

- La date à laquelle elles deviennent admissibles ;
- La date à laquelle prend fin l'exemption en vertu du présent régime d'assurance maladie ;

5. Changement de régime en assurance maladie ou de statut de protection

Une fois au cours de sa période de résidence, l'adhérent peut modifier son choix initial de régime d'assurance maladie. Ce changement peut se faire uniquement le 1^{er} juillet de l'année au cours de laquelle il atteint le niveau R3. Le changement, à la hausse ou à la baisse, peut se faire sur plus d'un palier à la fois.

Lorsque l'adhérent atteint le niveau R3, il doit alors transmettre à l'Assureur une demande de changement avant la date de fin de la campagne de modification qui a lieu en juin de chaque année et le nouveau régime entre en vigueur le 1^{er} juillet de l'année en cours. Toute demande soumise après la date de fin de la campagne est refusée. Si l'adhérent est invalide au moment où il atteint le niveau R3, il pourra changer de régime d'assurance maladie dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif au travail. Aucune demande de changement ne sera acceptée après cette période de 31 jours.

L'adhérent peut changer de régime d'assurance maladie lors d'un des événements suivants, pourvu que la demande de changement soit transmise à l'Assureur dans les 60 jours qui suivent la date de cet événement :

- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ;
- un mariage, une union civile ou la cohabitation pour une période minimale de 12 mois ;
- une séparation de plus de 90 jours consécutifs, le divorce ou l'annulation d'une union civile ;
- le décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Si la demande est transmise dans les 60 jours, le nouveau régime d'assurance maladie entre en vigueur à la date de l'événement. Si la demande est transmise après ce délai, aucun changement de régime ne sera permis.

La participation au nouveau régime choisi devra être maintenue jusqu'à la fin de la résidence, sans aucune autre possibilité de changement, à moins qu'il n'y ait un nouvel événement de vie.

L'adhérent peut changer de statut de protection lors d'un des événements énumérés précédemment. Si la demande est transmise dans les 60 jours de l'événement, le nouveau statut de protection est accordé à la date de l'événement.

Si la demande est transmise après ce délai, le nouveau statut de protection s'appliquera à la date de la réception de la demande.

6. 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 à l'assurance maladie 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 à l'assurance salaire, 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 à l'assurance, 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 à l'assurance maladie, 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.

7. Exonération des primes en cas d'invalidité totale

a) Assurance maladie et assurance vie des personnes à charge

En cas d'invalidité totale, l'assurance de l'adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, 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 CNESST, l'adhérent continue d'être assuré sans paiement de prime tant que son invalidité totale est reconnue par la CNESST.

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.

b) Assurance salaire de longue durée

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 et tant que dure l'invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans.

c) Assurance vie de l'adhérent

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, 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.

8. Date de terminaison de l'assurance

a) Résident

L'assurance du résident se termine à la première des dates suivantes, sous réserve de l'exonération des primes en cas d'invalidité totale :

- La date de terminaison du contrat ;
- La date à laquelle le résident cesse de satisfaire aux conditions d'admissibilité, sous réserve du droit de transformation en assurance vie ;
- La date à laquelle le résident quitte son emploi, sous réserve du droit de transformation en assurance vie ;
- La date du 65^e anniversaire de naissance du résident pour l'assurance salaire de longue durée. Toutefois, le paiement de la prime cesse à la date du 63^e anniversaire de naissance ;
- La date à laquelle le résident exerce son droit d'exemption en assurance maladie.

b) Personnes à charge

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

- La date de terminaison de l'assurance du résident, sous réserve du droit de transformation en assurance vie ;
- La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à cette définition ;
- La date à laquelle l'adhérent exerce son droit d'exemption pour ses personnes à charge en assurance maladie en vertu du présent contrat ;
- La date à laquelle l'adhérent passe d'un statut de protection familial à un statut de protection individuel.

9. 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.

10. Demande de prestations

Assurance maladie :

Médicaments – Service de paiement automatisé : Pour tout achat de médicaments admissibles en vertu du présent régime, l'adhérent n'a aucune demande de prestations à faire pour lui-même et ses personnes à charge. L'assuré n'a qu'à présenter sa carte de services à son pharmacien et à déboursier la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.

Frais d'hospitalisation : 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.

Autres frais : L'adhérent doit remplir et signer une demande de prestations et la transmettre à l'Assureur avec les reçus originaux ou les factures acquittées.

Les demandes de prestations doivent être soumises au cours des 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.

Assurance vie : Le bénéficiaire ou la personne responsable de faire la demande doit communiquer avec l'Assureur pour obtenir les formulaires requis pour le paiement de la somme assurée.

Assurance salaire de longue durée : Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et transmis à l'Assureur dans les 30 jours précédant le début des prestations de longue durée pour éviter toute interruption de paiement des prestations.

ASSURANCE 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, 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 que l'assuré soit considéré comme temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période maximale de protection offerte par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré. Ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période 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 est de 1 000 000 \$ par événement pour l'assuré détenant le régime d'assurance maladie de base ou intermédiaire et de 5 000 000 \$ par événement pour l'assuré détenant le régime d'assurance maladie supérieur.

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

1.1 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.

1.2 Frais de transport

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

- f) 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 \$.
- g) 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 \$.
- h) 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 \$.

1.3 Allocation de subsistance

- a) 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 l'information nécessaire à l'assuré s'il éprouve des problèmes importants durant son voyage en raison de la perte ou du vol de son passeport, de son visa, d'une carte de crédit ou d'un autre document essentiel.
- 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 l'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 l'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction s'appliquant à l'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, suite à un accident ou une maladie subite ;
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit 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 et 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 l'assurance voyage.

5. Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites ci-après, 100 % des frais engagés par l'assuré suite à l'annulation ou 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 l'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 huit 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

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

6. Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage

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.

AVIS AUX ADHÉRENTS QUI TERMINENT LEUR RÉSIDENTE LE 30 JUIN

Veillez 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 (suite à l'obtention d'un permis de pratique), vous devez en aviser la Fédération, afin de prolonger la participation à l'ensemble de vos garanties 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, et ce, dès la réception de votre carte de stage.

Si vous débutez un fellowship en médecine au Québec dans les trois mois suivant la fin de votre résidence, vous demeurez admissible au présent régime d'assurance collective. Cependant, des dispositions particulières s'appliquent afin de tenir compte de votre nouvelle situation.

Qu'il s'agisse d'une demande de prolongation d'assurance, de la poursuite de votre résidence au delà de la date prévue ou de votre inscription à un fellowship, dans tous les cas, vous devez communiquer avec la Fédération au 514 282-0256 ou au 1 800 465-0215.



Pour nous joindre

Québec	Montréal
625, rue Jacques-Parizeau	Bureau 820
Case postale 1500	425, boul. de Maisonneuve O.
Québec (Québec) G1K 8X9	Montréal (Québec) H3A 3G5
418 644-4200	514 873-6506

Numéro sans frais : **1 800 463-4856**

Si vous désirez rencontrer un agent, nous vous invitons à prendre rendez-vous pendant les heures d'ouverture, soit du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 17 h, avant de vous présenter à nos bureaux.

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.

