

Montréal flexible

Un programme à mon image



Votre programme flexible d'assurance collective

VILLE DE MONTRÉAL

Cadres retraités
Membres de l'état-major des pompiers retraités
(Numéro de police 70A00)

1^{er} janvier 2009

SSQ Groupe
financier

Montréal 

Ce document contient des renseignements importants. Conservez-le pour consultation ultérieure.

Dans ce document, SSQ signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

PRÉSENTATION DES RÉGIMES
GARANTIES ASSURÉES PAR
SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.
CONTRAT N° 70A00

TABLEAU DES GARANTIES	i
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions générales	1
Règles de participation.....	4
Prise d'effet de l'assurance	7
Cessation de l'assurance	9
Paieement des prestations	10
Limitation des engagements contractuels	13
Changements d'assureur	13
ASSURANCE VIE	14
Votre assurance vie facultative.....	14
Assurance vie facultative de votre conjoint et de vos enfants à charge.....	17
ASSURANCE SOINS DE SANTÉ	20
Médicaments (Assurance soins de santé).....	25
Hospitalisation (Assurance soins de santé).....	27
Etablissements pour soins spécialisés (Assurance soins de santé)	28
Professionnels de la santé (Assurance soins de santé)	29
Soins de la vue (Assurance soins de santé) (Régime enrichi seulement).....	31
Autres frais médicaux (Assurance soins de santé).....	32
Assurance voyage avec assistance (Assurance soins de santé).....	37
ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Garantie facultative)	42
Soins de base (Assurance soins dentaires)	45
Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires)	48
Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires) (Régime enrichi seulement).....	50

GARANTIE ASSURÉE PAR
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CHARTIS DU CANADA
CONTRAT N° PAI 912 46 46

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VILLE DE MONTRÉAL

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles
en vigueur le 1^{er} janvier 2009 pour les adhérents suivants :**

*Cadres et membres de l'état-major des pompiers retraités
(Numéro de police 70A00)*

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie, notamment pour traiter la plupart des demandes de prestations de médicaments, de soins dentaires et d'assurance voyage. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, par exemple en utilisant votre carte d'assurance médicaments, vous consentez à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité de services que SSQ peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site www.ssq.ca.

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Catégorie de retraités	1. Cadres 2. Membres de l'état-major des pompiers
Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tout retraité du preneur de la police faisant partie d'une des catégories de retraités ci-dessus, qui compte 10 ans de service à la Ville en tant qu'employé permanent ou cadre contractuel et qui est admissible au versement d'une rente immédiate.
Délai d'admissibilité des nouveaux retraités	Aucun
Partage des coûts	La Ville prend à sa charge la moitié du coût du régime de base des garanties d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires.
	Vous assumez l'excédent du coût selon le régime choisi. Le coût de la garantie d'assurance vie facultative est entièrement à votre charge.

Garanties disponibles par catégorie de retraités :

Catégorie de retraités	Sur base facultative			
	Assurance vie de l'adhérent	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	Assurance soins dentaires	Assurance soins de santé
1.	✓	✓	✓	✓
2.	✓	✓	✓	✓

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie

Votre assurance vie facultative

<p>Montant d'assurance</p> <p style="text-align: right;">Maximum</p>	<p>En fonction de la prime payée et du montant d'assurance vie facultative détenu en tant qu'employé à la date de votre retraite</p> <p>Choix d'un montant par unités de 10 000 \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre minimal d'unités : 1 • Nombre maximal d'unités : 50 <p>500 000 \$</p>
<p>Réduction du montant d'assurance à 65 ans</p>	<p>Montant minimum entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 000 \$ • Le montant d'assurance que vous déteniez avant 65 ans, s'il est inférieur à 50 000 \$ • Tout autre montant inférieur à 50 000 \$ que vous demanderez par écrit à la Ville <p>La réduction est effective à la date de prime suivant votre 65^e anniversaire de naissance</p>
<p>Fin de l'assurance en raison de l'âge</p>	<p>Votre 75^e anniversaire de naissance</p>

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie

Assurance vie facultative de votre conjoint et de vos enfants à charge

<p>Montant d'assurance</p>	<p>En fonction de la prime payée et du montant d'assurance vie facultative détenu pour vos personnes à charge à la date de votre retraite</p> <p>Choix d'un montant par unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre minimal d'unités : 1 • Nombre maximal d'unités : 10 <p>Une unité équivaut à la protection suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour votre conjoint : 10 000 \$ • Pour chaque enfant à charge : 5 000 \$ (dès la naissance) <p>Le même nombre d'unités s'applique au conjoint et à chaque enfant à charge</p>
<p>Réduction du montant d'assurance à 65 ans</p>	<p>Montant minimum entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 000 \$ pour le conjoint • 25 000 \$ pour chaque enfant à charge • Le montant d'assurance détenu avant votre 65^e anniversaire de naissance, s'il est inférieur • Tout autre montant inférieur à 50 000 \$ pour le conjoint et à 25 000 \$ pour chaque enfant à charge que vous demanderez par écrit à la Ville <p>La réduction est effective à la date de prime suivant votre 65^e anniversaire de naissance</p>
<p>Fin de l'assurance en raison de l'âge</p>	<p>Votre 75^e anniversaire de naissance</p>

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

	Régime de base	Régime enrichi
Franchise	Aucune	
Mode de paiement pour les médicaments	Carte de paiement différé	
Admissibilité à l'exonération des primes	Oui	
Pourcentage de remboursement		
Médicaments *	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles par famille par année civile • 100 % de l'excédent 	<ul style="list-style-type: none"> • 90 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles par famille par année civile • 100 % de l'excédent
Hospitalisation	100 %	100 %
Établissements pour soins spécialisés	100 %	100 %
Professionnels de la santé	75 %	90 %
Soins de la vue	Non couvert	100 %
Autres frais médicaux		
• Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins préautorisés reçus à l'extérieur de la province de résidence	100 %	100 %
• Tous les autres frais médicaux	75 %	90 %
Assurance voyage	100 %	100 %
Montant maximal viager de remboursement	35 000 \$ par personne assurée Une fois ce montant atteint, un montant annuel de 1 000 \$ vous sera alloué.	
Précisions additionnelles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Applicable à l'ensemble des frais de la garantie d'assurance soins de santé, sauf pour ceux remboursables par l'assurance voyage; 2. Les frais de médicaments inscrits à la liste de la RAMQ sont inclus dans le décompte des montants mentionnés précédemment. Toutefois, ces frais continueront d'être remboursés même si le maximum viager ou annuel est atteint. 	

* À 65 ans, une personne assurée doit choisir entre demeurer assurée en vertu de la présente garantie, sous réserve d'un ajustement de prime, ou être assurée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments de la RAMQ. Le choix d'être assuré en vertu du régime de la RAMQ est irrévocable. De plus, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Remboursement maximal par protection		
	Régime de base	Régime enrichi
Médicaments*	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles par famille par année civile • 100 % de l'excédent 	<ul style="list-style-type: none"> • 90 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles par famille par année civile • 100 % de l'excédent
Injections sclérosantes*	Montant payable de 20 \$ par injection	
Médicaments – traitement de l'infertilité*	Montant payable viager de 2 400 \$ par personne assurée	
Vaccins préventifs (produits immunisants)		
Hospitalisation, remboursement à 100 % des frais admissibles		
Chambre d'hôpital	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours	
Établissements pour soins spécialisés, remboursement à 100 % des frais admissibles		
Maison de convalescence consécutivement à une hospitalisation*	Chambre semi-privée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation	
Centre de réadaptation consécutivement à une hospitalisation*	Chambre semi-privée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation	
Professionnels de la santé	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
<ul style="list-style-type: none"> • acupuncteur • audiologiste ou thérapeute de l'ouïe • chiropraticien • diététiste • ergothérapeute • homéopathe • massothérapeute • naturopathe • orthophoniste • orthothérapeute • ostéopathe • podiatre • podologue 	Montant payable de 400 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 800 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

	Remboursement maximal par protection	
	Régime de base	Régime enrichi
Professionnels de la santé (suite)	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
• Radiographies du chiropraticien	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies de l'ostéopathe	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies du podiatre	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies du podologue	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• conseiller en orientation • psychologue • travailleur social	Montant payable de 400 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 800 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes
• physiothérapeute • physiatre • thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport	Montant payable de 400 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 800 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes
Soins de la vue		Remboursement à 100 % des frais admissibles
Examen de la vue	Non couvert	Maximum regroupé : Montant payable de 250 \$ pour 24 mois consécutifs par personne assurée
Lunettes et lentilles cornéennes	Non couvert	
Correction visuelle par laser*	Non couvert	
Autres frais médicaux	Remboursement à 100 % des frais admissibles	
• frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins préautorisés reçus à l'extérieur de la province de résidence*	Montant payable de 50 000 \$ par année civile par personne assurée si les frais sont engagés à l'extérieur du Canada	
Autres frais médicaux – Tous les autres frais	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
• accessoires pour la pompe à insuline*		
• ambulance		
• transport par avion ou par train*		
• appareil auditif*	Montant payable de 500 \$, par période de 36 mois consécutifs par personne assurée	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

	Remboursement maximal par protection	
	Régime de base	Régime enrichi
Autres frais médicaux – Tous les autres frais (suite)	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
• appareil d'assistance respiratoire*		
• appareils orthopédiques*		
• articles pour stomie*		
• bas de contention*	Montant payable de 500 \$, par année civile par personne assurée	
• chaussures orthopédiques – adultes*	1 paire, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée	
• chaussures orthopédiques – enfants*	2 paires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée	
• chaussures profondes*	Montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée	
• cure de désintoxication*	Montant admissible de 60 \$ par jour Montant payable viager de 2 500 \$ par personne assurée	
• fauteuil roulant et marchette*	Montant payable viager de 1 500 \$ par personne assurée pour le fauteuil roulant	
• glucomètre ou réflectomètre*	Montant payable de 200 \$ et un seul appareil, par période de 36 mois consécutifs par personne assurée	
• Infirmier*	Montant payable de 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par personne assurée	Montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée
• lit d'hôpital*		
• neurostimulateur transcutané*	Montant payable viager de 700 \$ par personne assurée	
• orthèses plantaires ou podiatriques*	Montant payable de 200 \$, par année civile par personne assurée	
• prothèse capillaire*	Montant payable viager de 200 \$ par personne assurée	
• prothèse externe et membre artificiel*		
• stérilets*	Montant payable de 50 \$, par année civile par personne assurée	
• traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	Remboursement dans les 12 mois suivant la date de l'accident par personne assurée	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Remboursement maximal par protection		
	Régime de base	Régime enrichi
Autres frais médicaux – Tous les autres frais (suite)	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
<ul style="list-style-type: none"> • analyses de laboratoire* • échographies* • électrocardiogrammes* • radiographies* • résonances magnétiques* • tomodensitométries* 	Montant payable combiné de 1 000 \$, par année civile par personne assurée	
<ul style="list-style-type: none"> • appareils thérapeutiques* • pompe à insuline* 	Montant payable viager combiné de 10 000 \$ par personne assurée	
<ul style="list-style-type: none"> • prothèses mammaires* • soutiens-gorge post-opératoires* 	Montant payable combiné de 250 \$ et 2 soutiens-gorge post-opératoires, par période de 24 mois consécutifs par personne assurée	
Voyage, remboursement à 100 % des frais admissibles		
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par événement par personne assurée	
Fin de la garantie	À votre décès	

* Ordonnance médicale requise

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins dentaires (garantie facultative)

	Régime de base	Régime enrichi
Franchise	Aucune	
Année du guide des tarifs dentaires	Année courante	
Mode de paiement	Carte de paiement direct	
Admissibilité à l'exonération des primes	Oui	
Fréquence des examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure	9 mois	6 mois
Pourcentage de remboursement		
Soins de base	75 %	90 %
Services de prosthodontie	50 %	80 %
Services d'orthodontie	Non couvert	50 %
Soins de base		
<ul style="list-style-type: none"> • diagnostic • prévention et appareil de maintien • restauration mineure • chirurgie buccale • services généraux complémentaires 		
Services de prosthodontie	Montant payable combiné de 300 \$ par année civile par personne assurée	Montant payable combiné de 2 000 \$ par année civile par personne assurée
<ul style="list-style-type: none"> • endodontie • parodontie • rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible • réparation de pont fixe et de couronne • restauration majeure et prothèse fixe • prothèse amovible • pont fixe 		
Services d'orthodontie	Non couvert	Remboursement à 50 % des frais admissibles
<ul style="list-style-type: none"> • Orthodontie (enfants âgés de moins de 18 ans) 	s. o.	Montant payable viager de 2 000 \$ par personne assurée
Fin de la garantie	À votre décès	

Note :

Certaines limitations relatives aux fréquences et aux âges s'appliquent, lesquelles sont indiquées dans le texte descriptif de la garantie.

DISPOSITIONS GENERALES

Définitions générales

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une catégorie de personnes admissibles.

Administrateur du régime

Personne désignée par la Ville de Montréal comme responsable de l'administration du présent régime.

Âge

Signifie l'âge atteint au dernier anniversaire de l'adhérent.

Assureur

Signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Bénéficiaire

Signifie la personne qui bénéficie des sommes payables en vertu du contrat.

Conjoint :

Se dit d'une personne qui :

1. est mariée et est domiciliée avec vous;
2. est unie civilement et est domiciliée avec vous;
3. est de sexe différent ou de même sexe que vous et qui vit maritalement avec vous alors que vous et cette personne êtes les parents du même enfant;
4. est de sexe différent ou de même sexe que vous et qui vit maritalement avec vous depuis au moins un an.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation ou la dissolution de l'union civile fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union de fait visée aux paragraphes 3. ou 4. ci-dessus. Sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe suivant, la personne mariée qui n'est pas domiciliée avec son conjoint peut désigner à SSQ cette personne comme conjoint. Elle peut également désigner une autre personne en lieu et place du conjoint avec lequel elle est mariée et qui n'est pas domiciliée avec elle si cette personne répond à la définition de conjoint ci-dessus.

En présence de deux conjoints, un seul est reconnu comme tel pour l'ensemble des garanties. Dans un tel cas, la priorité est alors accordée dans l'ordre suivant :

1. le conjoint admissible que vous avez été le dernier à désigner comme tel par un avis écrit à SSQ, à condition que ce conjoint soit domicilié chez vous et sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
2. le conjoint à qui vous êtes uni légalement par les liens du mariage ou de l'union civile, à condition que ce conjoint soit domicilié chez-vous.

Contrat

Entente entre SSQ et la Ville de Montréal à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Employeur

Signifie la Ville de Montréal.

Enfant à charge :

Se dit d'un enfant qui réside au Canada et qui :

1. à moins de 18 ans et à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale;
2. n'a pas de conjoint, à moins de 26 ans et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel vous ou votre conjoint exerceriez l'autorité parentale s'il était mineur;
3. est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement du gouvernement qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1. et 2. ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Hospitalisation

Signifie :

1. une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;
2. toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie d'un jour.

Maladie

Signifie toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris les complications de grossesses, ainsi qu'une détérioration ou un désordre résultant d'un don d'organe et de ses complications.

Médecin

Signifie un médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Personne à charge

Signifie votre conjoint et vos enfants à charge, tel que définis dans cette section

Personne assurée

Signifie une personne qui bénéficie de l'assurance en vertu d'une garantie.

Preneur

Signifie la Ville de Montréal.

Régime de retraite de la Ville

Signifie le Régime de retraite des cadres de la Ville de Montréal ou le régime de retraite d'une ancienne municipalité aux termes duquel ou desquels une personne assurée a des droits.

Rente de retraite

Signifie la rente qui vous est versée en vertu d'un régime de retraite de la Ville, que ce soit en raison d'invalidité, de cessation d'emploi ou de retraite.

Rente immédiate

Signifie la rente payable à la date de la retraite avec ou sans réduction.

Retraité

Signifie un cadre ou un membre de l'état major des pompiers qui compte 10 ans de service à la Ville en tant qu'employé permanent ou cadre contractuel et qui est admissible au versement d'une rente immédiate.

Service

Signifie toute période décomptée à partir de votre date d'embauche à titre d'employé jusqu'à la date de l'événement, mais sans jamais dépasser la date à laquelle vous terminerez votre emploi à la Ville, qu'elle qu'en soit la raison.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit à la rubrique **Paiement des prestations**.

Ville

Signifie la Ville de Montréal en sa qualité de preneur de ce présent contrat.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Règles de participation

1. Participation

La participation à chacune des garanties est facultative, sauf pour la garantie d'assurance soins de santé des adhérents âgés de moins de 65 ans.

De plus, un droit d'exemption s'applique aux garanties d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires.

2. Admissibilité du retraité

Vous êtes admissible à une garantie qui vous est offerte et le demeurez si vous remplissez les conditions suivantes :

- a. vous êtes un retraité, tel que défini à la rubrique **Définitions générales**, à qui la garantie est offerte en vertu du présent contrat;
- b. vous n'avez pas rempli les conditions de fin de l'assurance en raison de l'âge ou de fin de la garantie fixées pour la garantie en cause, telles qu'indiquées au **Tableau des garanties**.

3. Date d'admissibilité du retraité

Vous devenez admissible à l'assurance de chacune des garanties à la dernière des dates suivantes :

- a. la date de prise d'effet de l'assurance prévue au présent contrat si vous avez alors satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées à la section précédente;
- b. la date où vous avez satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées à la section précédente.

4. Admissibilité des personnes à charge

Vos personnes à charge sont admissibles aux garanties qui leur sont offertes et le demeurent si les conditions suivantes sont remplies :

- a. elles se qualifient comme personnes à charge selon la définition indiquée à la rubrique **Définitions générales**;
- b. vous êtes vous-même admissible à l'assurance prévue pour vous.

5. Demande d'adhésion

Dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous devenez admissible à l'assurance, vous devez remplir pour vous-même et vos personnes à charge, s'il y a lieu, une demande d'adhésion ou une demande d'exemption.

Le type de protection choisie, individuelle, de couple, monoparentale ou familiale, s'applique à l'ensemble des garanties d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires.

6. Choix de régime dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité du retraité

Dans les 31 jours suivant votre admissibilité, vous devez faire part de votre intention de participer ou non aux garanties facultatives.

Si vous choisissez de ne pas souscrire aux garanties auxquelles vous êtes admissible, vous ne pourrez y souscrire ultérieurement. Si vous décidez de mettre fin à une garantie, vous ne pourrez y adhérer par la suite.

Si vous désirez participer à ces garanties, vous devez effectuer un choix entre les deux régimes offerts (base ou enrichi) ainsi que sur le type de protection (individuelle, monoparentale, couple ou familiale). Le même type de protection s'applique aux garanties d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires.

Le choix de régime (base ou enrichi) est irrévocable. Toutefois, il vous sera possible d'effectuer des changements au niveau des protections de vos régimes d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires lors d'une fin d'exemption ou d'un changement de situation de vie, selon les modalités précisées à la rubrique **Prise d'effet de l'assurance**.

Régime d'assurance maladie, d'assurance soins dentaires et montant d'assurance vie facultative attribués en l'absence de choix dans les 31 jours suivant votre admissibilité

Si vous n'avez pas fait part de votre intention de ne pas participer aux garanties facultatives ou si vous n'avez pas fait un choix de régime dans les 31 jours de votre date d'admissibilité, vous êtes réputé avoir fait les choix suivants :

- vous avez choisi d'être couvert par l'assurance décrite par la présente brochure;
- régime de base pour les garanties d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires;
- même type de protection que celui en vigueur immédiatement avant votre retraite;
- même montant d'assurance vie facultative pour vous-même et vos enfants à charge que celui en vigueur immédiatement avant votre retraite, sous réserve des dispositions de chacune de ces garanties.

Exemption à votre retraite

Si vous êtes exempté de participation à l'un ou l'autre des régimes d'assurance soins de santé et d'assurance soins dentaires au moment de votre retraite et désirez renoncer à votre exemption, vous disposez de 31 jours suivant la date de votre retraite pour modifier vos choix. Dans le cas contraire, les modalités précisées à la rubrique **Prise d'effet de l'assurance** demeurent applicables.

7. Droit d'exemption

Si vous êtes assuré par des garanties équivalentes d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation pour les garanties d'assurance soins de santé et de soins dentaires en vous adressant à l'administrateur du régime.

Fin d'exemption de l'autre contrat d'assurance collective

Vous devez aviser SSQ dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Cette dernière entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date.

a. Dispositions à l'égard de l'assurance soins dentaires

Si vous n'avez pas avisé SSQ dans les 31 jours suivant la fin de votre droit d'exemption, vous devrez alors aussi fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes à la Ville et la seule date possible d'entrée en vigueur de cette garantie sera alors la date d'acceptation de ces preuves par SSQ.

Tant que toutes les primes n'ont pas été versées à SSQ, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés avant l'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du présent régime.

b. Dispositions à l'égard de l'assurance soins de santé

Des dispositions particulières s'appliquent pour les adhérents âgés de 65 ans et plus et elles sont indiquées au **Tableau des garanties**.

Prise d'effet de l'assurance

1. Prise d'effet de l'assurance de l'adhérent

Votre assurance prend effet à la dernière des dates ci-dessous et elle se poursuit jusqu'à la date de cessation selon les modalités précisées à la rubrique **Cessation de l'assurance** :

- a. le 1^{er} janvier 2009;
- b. la date à laquelle vous devenez admissible à l'assurance, pourvu que SSQ en soit avisé dans les 180 jours suivant la date de votre admissibilité.

2. Prise d'effet de l'assurance des personnes à charge

Sous réserve de la restriction indiquée ci-après, l'assurance de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a. la date à laquelle votre assurance prend effet, s'il s'agit d'une personne qui se qualifie à titre de personne à charge admissible à cette date; ou
- b. la date à laquelle elle se qualifie à titre de personne à charge.

Cette assurance se poursuit jusqu'à la date de cessation selon les modalités précisées à la rubrique **Cessation de l'assurance**.

Restriction

Si une personne à charge autre qu'un nouveau-né est hospitalisée à la date à laquelle elle deviendrait admissible, son assurance est reportée au jour de sa sortie de l'hôpital.

Cette disposition ne s'applique pas à la garantie d'assurance soins de santé.

3. Choix de régimes

Dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'assurance, vous pouvez exercer vos choix parmi ceux offerts au **Tableau des garanties**, selon les modalités précisées à la rubrique **Règles de participation**.

La couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible à l'assurance.

4. Fin d'exemption et modification type de protection

Si vous êtes exempté des régimes de soins de santé et dentaires au moment de la retraite et désirez renoncer à votre exemption par suite de changement de situation de vie, vous avez 31 jours à compter de la date du changement de situation de vie pour demander votre adhésion.

De plus, toute demande de modification du type de protection (individuelle, de couple, monoparentale ou familiale) requis à la suite d'un changement de situation de vie doit être faite dans les 31 jours qui suivent la date du changement de situation de vie et la modification prend effet à la date du changement de situation de vie.

Un changement de situation de vie est défini comme suit :

- a. Mariage*, début d'union civile;
- b. Nouveau conjoint de fait;
- c. Naissance ou adoption d'un enfant;

- d. Séparation, divorce ou fin d'une union de fait;
 - e. Décès du conjoint ou d'un enfant;
 - f. Fin de l'admissibilité d'un enfant à charge;
 - g. Début ou fin de la protection du régime du conjoint.
- * Ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint admissible avant le mariage.

Cessation de l'assurance

1. Cessation de l'assurance de l'adhérent

Votre couverture aux termes d'une garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- a. la date indiquée à la section « Fin de l'assurance en raison de l'âge » au **Tableau des garanties**;
- b. la date de votre décès;
- c. la date à laquelle vous entrez dans les forces armées de n'importe quel pays;
- d. la date à laquelle la Ville cesse de verser, selon les modalités applicables, les primes requises pour votre assurance;
- e. la date à laquelle vous cessez de verser, selon les modalités applicables, les cotisations requises, s'il en est, pour bénéficier d'une assurance;
- f. la date à laquelle le contrat ou la garantie prend fin.

2. Cessation de l'assurance des personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a. la date de cessation de votre assurance;
- b. la date à laquelle la personne à charge perd sa qualité de personne à charge admissible;
- c. la date à laquelle la Ville reçoit une demande de terminaison de l'assurance de la personne à charge;
- d. la date à laquelle la Ville cesse de verser, selon les modalités applicables, les primes requises pour l'assurance des personnes à charge;
- e. la date du décès de la personne à charge;
- f. la date à laquelle vous cessez de verser, selon les modalités applicables, les cotisations requises s'il en est pour bénéficier de l'assurance des personnes à charge.

Paielement des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

SSQ doit recevoir une demande de prestations dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description de chacune des garanties.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de la faire. Sauf en ce qui concerne les garanties d'assurance vie, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Aucune action ni aucune procédure ne pourront être entamées contre SSQ pour récupérer toute prestation dans les 60 jours suivant la date d'expiration du délai imparti pour la présentation des preuves ou plus de 3 ans après ladite date.

Advenant la résiliation du présent contrat, SSQ n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du présent contrat.

3. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements lui permettant d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

4. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

5. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

6. Bénéficiaire

Dispositions relatives à votre assurance vie :

À moins d'indication contraire dans le contrat, en tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de toute prestation payable de votre vivant.

La somme assurée payable à votre décès est versée à votre bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation payable en raison de votre décès en faisant parvenir un avis écrit en ce sens à votre employeur.

Dispositions relatives à l'assurance vie de vos personnes à charge :

Vous êtes le bénéficiaire de l'assurance vie de vos personnes à charge. Toutefois, si vous êtes décédé, la somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée selon les modalités suivantes :

- a. advenant le décès de votre conjoint :
 - i. aux héritiers légaux de votre conjoint;
- b. advenant le décès d'un enfant à votre charge :
 - i. à votre conjoint s'il est vivant;
 - ii. sinon aux héritiers légaux de votre enfant à charge.

Dispositions générales relatives à la désignation de bénéficiaire :

Si le présent contrat en remplace un autre, le bénéficiaire sera celui désigné en vertu du contrat remplacé, jusqu'à ce qu'un bénéficiaire valable soit désigné en vertu du nouveau contrat ou que la désignation de bénéficiaire soit changée.

Si plusieurs bénéficiaires sont désignés mais que le formulaire ne spécifie pas la part qui est attribuée à chacun d'eux, les sommes payables seront distribuées entre eux à parts égales.

Si l'un des bénéficiaires désignés décède avant vous, la part qui lui revient sera distribuée à parts égales entre les autres bénéficiaires, à moins de stipulations contraires dans le formulaire.

Si le bénéficiaire est l'ayant droit, le représentant personnel du défunt ou un mineur ou s'il décède avant vous ou n'est pas habilité à donner une libération valide, SSQ se réserve le droit de payer à son gré et à sa discrétion une partie de la somme due en vertu de l'assurance vie facultative du retraité, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, à toute personne qu'il juge avoir un droit équitable à ladite somme pour couvrir les frais de vos obsèques. Ce paiement, s'il est effectué de bonne foi, libère entièrement SSQ de toute responsabilité jusqu'à concurrence de la somme payée.

Le paiement de la prestation à un bénéficiaire est subordonné à l'information que SSQ a reçue à ce sujet avant le règlement. Toutefois, SSQ n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

7. Renseignement inexact sur l'âge

Si l'âge d'une personne a été déclaré de façon erronée, les prestations payables en vertu du présent contrat sont fonction de l'âge réel de la personne en cause, au moment opportun. De plus, lorsque cela s'applique, le redressement des primes en fonction de l'âge réel est alors effectué pour la période durant laquelle l'assurance a été en vigueur.

8. Cession

Les droits ou intérêts d'un adhérent en vertu du présent contrat ne sont pas cessibles.

9. Protection multiple et coordination des prestations (assurance soins de santé et assurance soins dentaires)

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu des garanties d'assurance soins de santé ou d'assurance soins dentaires et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un type de protection familial pour votre garantie d'assurance soins de santé ou votre garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

Dispositions relatives à l'assurance voyage

Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de cette assurance et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à l'assureur par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent à celles que la loi lui impose pour protéger les droits des personnes assurées. Les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

ASSURANCE VIE

Votre assurance vie facultative

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées dans la rubrique **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

2. Admissibilité

Au moment de la retraite, vous devez détenir un volume d'assurance vie facultative en tant qu'employé actif pour être admissible à l'assurance vie facultative en vertu du présent contrat. Le volume d'assurance vie facultative ainsi détenu devient le montant d'assurance vie facultative admissible en vertu du présent contrat, sous réserve de ce qui est prévu au **Tableau des garanties**.

3. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné, tel que précisé à la section « bénéficiaire » de la rubrique **Paiement des prestations**.

4. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du **Tableau des garanties** et ce, en fonction de la prime payée.

5. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, lorsqu'elle est couverte depuis moins de 24 mois par une assurance vie à adhésion facultative.

La présente exclusion s'applique aussi à toute portion d'un montant d'assurance vie à laquelle la personne n'était pas obligée de souscrire, et ce à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance pour le montant en question.

6. Droit de transformation

Si votre assurance vie facultative prend fin ou est réduite pour une raison autre que la résiliation du présent contrat et si vous êtes âgé de 65 ans ou moins, vous avez le droit de transformer tout montant d'assurance, jusqu'à concurrence du montant ainsi perdu, en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité.

De plus, le nouveau montant d'assurance vie qui peut être transformé sera limité au moindre des montants suivants :

- a. 200 000 \$ (400 000 \$ à compter du 10 septembre 2009); ou
- b. le montant total d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

Si votre assurance vie facultative prend fin en raison de la résiliation du présent contrat et si vous avez été assuré en vertu de la présente garantie de façon ininterrompue pendant les cinq (5) années précédant immédiatement la résiliation de ce contrat, vous avez le droit de transformer en une police individuelle sans fournir de preuves d'assurabilité tout montant d'assurance jusqu'à concurrence du plus élevé des montants suivants : 5 000 \$ (10 000 \$ à compter du 10 septembre 2009) ou 25 % du montant d'assurance en vertu du présent contrat. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle vous devenez admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- a. vous devez soumettre une proposition d'assurance individuelle à SSQ et régler la première prime dans les 31 jours suivant la date de cessation de votre protection en vertu de la présente garantie;
- b. la police individuelle peut être une assurance temporaire non transformable jusqu'à l'âge de 65 ans, une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an ou toute assurance permanente ordinaire offerte par SSQ à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par SSQ. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente. De plus, dans la mesure où SSQ le permet, vous pouvez choisir une option selon laquelle les participations servent à fournir une assurance supplémentaire;
- c. si la police individuelle choisie est une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an, vous pouvez décider de verser une prime unique ou des primes mensuelles et cette police pourra être transformée en une des assurances décrites ci-dessus pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une autre police d'assurance temporaire transformable d'un an;
- d. la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement SSQ à la date de la transformation;
- e. SSQ détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon votre âge à votre dernier anniversaire de naissance et la catégorie de risque à laquelle vous appartenez;
- f. le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que vous pouvez transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- g. la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de votre assurance en vertu de la présente garantie.

Le montant d'assurance vie facultative auquel vous êtes admissible conformément au **Tableau des garanties** sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle en vigueur sur votre vie établi antérieurement conformément au droit de transformation du présent contrat ou à la disposition correspondante de toute autre police d'assurance collective établie par SSQ.

Droit de l'adhérent après la cessation de l'assurance

Si vous décédez dans les 31 jours suivant la cessation de votre protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie facultative payable est celui que vous auriez eu le droit de transformer.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Vos bénéficiaires doivent se procurer les formulaires nécessaires auprès de la Ville. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

La somme due à la suite d'un décès est versée au bénéficiaire dans les 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

Assurance vie facultative de votre conjoint et de vos enfants à charge

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées dans la rubrique **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**.

2. Admissibilité

Pour être admissible à un montant d'assurance vie facultative en vertu du présent contrat, vos personnes à charge doivent détenir un volume d'assurance vie facultative immédiatement avant votre retraite. Le volume d'assurance vie facultative ainsi détenu devient le montant d'assurance vie facultative admissible en vertu du présent contrat, sous réserve de ce qui est prévu au **Tableau des garanties**.

3. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si l'une de vos personnes à charge décède pendant qu'elle est assurée par cette garantie. Ce montant est payable selon les dispositions précisées à la section « bénéficiaire » de la rubrique **Paiement des prestations**.

4. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du **Tableau des garanties** et ce, en fonction de la prime payée.

5. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, lorsqu'elle est couverte depuis moins de 24 mois par une assurance vie à adhésion facultative.

La présente exclusion s'applique aussi à toute portion d'un montant d'assurance vie à laquelle la personne n'était pas obligée de souscrire, et ce à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance pour le montant en question.

6. Droit de transformation

6.1. De l'assurance du conjoint (jusqu'au 9 septembre 2009)

Si la garantie d'assurance vie facultative couvrant votre conjoint pour un montant minimum de 10 000 \$ prend fin pour une raison autre qu'à votre demande, et si votre conjoint est âgé de 65 ans ou moins, vous, ou votre conjoint advenant votre décès, pouvez transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle de votre conjoint sera limité au moindre des montants suivants :

- a. 100 000 \$; ou

- b. la différence entre le montant d'assurance vie facultative de votre conjoint en vigueur à la date de cessation de l'assurance et le montant d'assurance auquel votre conjoint est admissible en vertu de tout autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- a. une proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à SSQ, et la première prime doit être réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie;
- b. la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par SSQ à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par SSQ. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente;
- c. la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;
- d. SSQ détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge du conjoint à son dernier anniversaire de naissance et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- e. le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que le conjoint peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- f. la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie.

Droit après la cessation de l'assurance

Si votre conjoint décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie facultative payable est celui que vous, ou votre conjoint advenant votre décès, auriez eu le droit de transformer.

6.2. De l'assurance du conjoint et des enfants à charge (à compter du 10 septembre 2009)

Si la garantie d'assurance vie facultative couvrant vos personnes à charge prend fin pour une raison autre qu'à votre demande, vous ou, advenant votre décès, votre conjoint ou vos enfants à charge, pouvez transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle de votre conjoint ou de vos enfants à charge sera limité au montant d'assurance vie facultative en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- a. une proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à SSQ, et la première prime doit être réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance du conjoint ou de vos enfants à charge en vertu de la présente garantie;

- b. la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par SSQ à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par SSQ. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente;
- c. la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;
- d. SSQ détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge de votre conjoint ou de chacun de vos enfants à charge, le cas échéant, à son dernier anniversaire de naissance et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- e. le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que votre conjoint ou vos enfants à charge peuvent transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- f. la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance de votre conjoint ou de vos enfants à charge en vertu de la présente garantie.
- g. votre conjoint doit être âgé de moins de 65 ans afin qu'il puisse bénéficier du droit de transformation pour lui-même.

Droit après la cessation de l'assurance

Si votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie facultative payable est celui que vous ou, advenant votre décès, votre conjoint ou vos enfants à charge, auriez eu le droit de transformer.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Les formulaires nécessaires à la demande de prestations sont disponibles à la Ville. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

La somme due à la suite d'un décès est versée au bénéficiaire dans les 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE SOINS DE SANTE

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis dans la rubrique DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais admissibles

Frais de soins de santé pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer annuellement avant d'avoir droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au **Tableau des garanties**.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au **Tableau des garanties**.

Les frais admissibles d'assurance soins de santé sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Médicaments;
- Hospitalisation;

- Établissements pour soins spécialisés;
- Professionnels de la santé;
- Soins de la vue (Régime enrichi seulement);
- Autres frais médicaux;
- Assurance voyage avec assistance.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins de santé ne prévoit aucun remboursement :

- a. pour des frais engagés par suite
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- b. pour des frais qui sont payables par l'État ou par un autre assureur;
- c. pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d. pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- e. pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- f. pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;

- g. pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- h. pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- i. pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- j. pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime;
- k. pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés;
- l. pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- m. pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
- n. pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par le régime;
- o. pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- p. pour des frais engagés à l'égard de contrats de service;
- q. pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- r. pour des frais de livraison ou de poste.

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance soins de santé. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Droit de transformation

Si l'assurance d'une personne en vertu de la présente garantie prend fin parce que celle-ci cesse d'y être admissible, cette personne peut obtenir une assurance soins de santé pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la fin de son assurance collective. Dans les autres cas, l'assurance soins de santé pour particuliers peut s'obtenir seulement sur présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ.

6. Demandes de prestations

Un coupon de demande de prestations est joint à votre certificat d'assurance. Vous pouvez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures pour demander vos prestations. Si vous ne l'utilisez pas, vous pouvez transmettre à SSQ l'original de vos factures avec une note indiquant clairement :

- votre nom et votre adresse;
- votre numéro de certificat d'assurance ou votre numéro d'employé à neuf (9) chiffres;
- le prénom et la date de naissance de la personne pour laquelle les frais ont été payés.

Si les frais ont été payés pour un enfant qui doit être étudiant pour être considéré comme enfant à charge, les renseignements suivants doivent également être transmis avec votre demande de prestations :

- le nom de l'institution scolaire de l'enfant;
- le programme auquel il est inscrit;
- l'année scolaire pour laquelle il est inscrit.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Pour frais de médicaments

Sur présentation de votre carte de paiement différé à votre pharmacien, celui-ci transmet votre demande de prestations à SSQ par voie électronique pour les frais de médicaments que vous lui avez payés.

SSQ rembourse les demandes de prestations de médicaments transmises par votre pharmacien dès que :

- la somme des frais admissibles engagés atteint 50 \$;
- 30 jours se sont écoulés depuis la première transaction donnant droit à un remboursement;
- vous avez droit à d'autres prestations en vertu de la garantie d'assurance soins de santé.

Pour soins à l'hôpital

Il suffit de présenter votre carte d'assurance à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

Pour frais de médicaments sans utilisation de carte de paiement, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, frais de soins de la vue et autres frais médicaux

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

- a. le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;
- b. les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c. le coût des services;
- d. le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

Pour frais couverts par l'assurance voyage

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, POURVU QUE LA PERSONNE ASSURÉE COMMUNIQUE AVEC SES REPRÉSENTANTS.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

7. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

8. Prolongation de l'assurance après la cessation

Si une personne à votre charge est hospitalisée à la date à laquelle votre assurance prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette hospitalisation avant la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
2. le 91^e jour qui suit la date à laquelle votre assurance prend fin;
3. la date de cessation de la présente garantie;
4. la date à laquelle la personne à charge commence à bénéficier d'un autre régime collectif.

9. Prolongation de l'assurance des personnes à charge au décès de l'adhérent

Advenant votre décès, l'assurance voyage avec assistance continue de s'appliquer à vos personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

1. le 31^e jour suivant votre décès;
2. la date de la fin du voyage en cours.

Médicaments (Assurance soins de santé)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au Tableau des garanties, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise, du ticket modérateur, le cas échéant, et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- a. ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b. ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- c. ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Injections sclérosantes

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

Médicaments pour le traitement de l'infertilité

Les médicaments pour le traitement de l'infertilité, à condition qu'ils aient un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral et qu'ils soient prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Vaccins préventifs (produits immunisants)

Seulement pour des vaccins dont les frais ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat.

Vitamines et minéraux

Seulement si l'avitaminose ou la carence en minéraux est démontrée à la satisfaction de SSQ.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance soins de santé s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :

- a. les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;

- b. les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;
- c. les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d. les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e. les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- f. les écrans solaires; toutefois, les écrans solaires nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie qui doit être traitée à l'aide de tels produits peuvent être admissibles; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- g. les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- h. les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- i. les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;
- j. les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
- k. les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- l. les laxatifs d'usage courant;
- m. l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé.

En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

Hospitalisation (Assurance soins de santé)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au **Tableau des garanties**, de même que la franchise et le pourcentage de remboursement s'y rapportant.

Chambre d'hôpital

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au **Tableau des garanties**, lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'hôpital du présent régime d'assurance collective. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins du contrat.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance soins de santé s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Etablissements pour soins spécialisés (Assurance soins de santé)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au **Tableau des garanties**, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Maison de convalescence

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au **Tableau des garanties**, la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les 14 jours suivant un séjour à l'hôpital. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

Centre de réadaptation

Les frais d'hébergement pour soins de réadaptation identifiés comme tels, lors d'une période nécessaire de soins dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de réadaptation s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins et sa durée recommandée doivent être confirmées par le médecin traitant.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance soins de santé s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Professionnels de la santé (Assurance soins de santé)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au **Tableau des garanties**, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

Pour que les frais puissent être admissibles, le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre. De plus, les services qu'il rend doivent relever de sa compétence professionnelle. En l'absence d'ordre professionnel approprié, la personne doit être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ.

Acupuncteur

Les frais de traitement.

Audiologiste, thérapeute de l'ouïe

Les honoraires professionnels.

Chiropraticien

Les frais de traitement.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les chiropraticiens.

Chiropraticien – Radiographies

Les frais de radiographies.

Conseiller en orientation

Les frais de consultation.

Diététiste

Les frais de consultation.

Ergothérapeute

Les frais de traitement.

Homéopathe

Les frais de consultation. Aux fins du contrat, les frais engagés pour des remèdes homéopathiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation d'homéopathe.

Massothérapeute

Les frais de traitement.

Naturopathe

Les frais de consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Aux fins du contrat, les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathes.

Orthophoniste

Les honoraires professionnels.

Orthothérapeute

Les frais de traitement.

Ostéopathe

Les frais de traitement.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les ostéopathes.

Ostéopathe - Radiographies

Les frais de radiographies.

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

Les honoraires professionnels ou frais de traitement.

Podiatre

Les honoraires professionnels.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les podiatres.

Podiatre - Radiographies

Les frais de radiographies.

Podologue

Les frais de consultation et de traitement.

Podologue – Radiographies

Les frais de radiographies.

Psychologue

Les honoraires professionnels.

Travailleur social

Les frais de consultation.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance soins de santé s'appliquent.

Soins de la vue (Assurance soins de santé) (Régime enrichi seulement)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des soins de la vue décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au **Tableau des garanties**, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Examen de la vue

Les frais d'examen de la vue, y compris la vérification de la réfraction oculaire, par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Lunettes

Les frais d'achat ou de remplacement de lunettes pour correction de la vue, sur recommandation d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Lentilles cornéennes

Les frais d'achat ou de remplacement de lentilles cornéennes pour correction de la vue, sur recommandation d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste. Aux fins de la présente assurance, les frais pour lentilles intraoculaires ne sont pas considérés comme des frais pour soins de la vue.

Correction visuelle par laser

Les frais de chirurgie au laser pour correction de myopie, hypermétropie ou astigmatisme, sur recommandation d'un ophtalmologiste.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance soins de santé s'appliquent.

Autres frais médicaux (Assurance soins de santé)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au **Tableau des garanties**, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

a. Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins préautorisés reçus à l'extérieur de la province de résidence

Pour une personne assurée protégée par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence, les frais décrits ci-après et engagés pour obtenir des soins médicaux à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que les régimes publics en question aient accepté de couvrir une partie de ces frais et qu'une autorisation ait été préalablement obtenue de SSQ :

- Hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit un traitement curatif.
- Honoraires de médecins pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des soins dentaires.
- Frais de transport et d'hébergement payés par la personne assurée.
- Frais de médicaments, de radiographies et d'analyses de laboratoire.

La présente assurance s'applique aux frais excédant les prestations payables par tout régime public d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie d'une province canadienne.

b. Tous les autres frais médicaux

Accessoires pour pompe à insuline

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline, s'ils sont prescrits par un médecin.

Ambulance et transport par avion ou par train

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

Analyses de laboratoire

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier. Sont aussi inclus sang, plasma sanguin (non remplacé par le patient en son nom) et transfusions reçues en clinique externe.

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Appareils orthopédiques

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ». Le **Tableau des garanties** indique si l'assurance des adultes diffère à cet égard de celle des enfants à charge.

Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Chaussures profondes

Les chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage.

Aux fins de la présente assurance, les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.

Cure de désintoxication

Les thérapies associées à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, incluant tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- la clinique doit être reconnue par SSQ;
- la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Glucomètre

L'achat d'appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin.

Infirmier

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié qui n'habite pas sous le même toit que la personne assurée et qui n'est pas un membre de sa famille. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée, à raison d'un minimum de 8 heures par jour.

Lit d'hôpital (conventionnel ou électrique)

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires ou podiatriques

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Pompe à insuline

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin.

Prothèse capillaire

L'achat d'une prothèse capillaire initiale par suite de chimiothérapie.

Prothèse externe et membre artificiel

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Le remboursement maximal est de 5 000 \$ par membre perdu.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

Les traitements au radium ainsi que les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomographies ne sont pas considérées comme des radiographies.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soutiens-gorge post-opératoires

L'achat de soutiens-gorge post-opératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Stérilets

L'achat de stérilets qui ne sont pas couverts par l'assurance médicaments du présent régime.

Tomodensitométries

Les tomographies.

Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents saines et naturelles.

Aux fins de la présente assurance, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Par contre, les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger ne sont pas couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste ou un denturologiste licencié;
- les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, SSQ exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai et la personne doit alors être assurée par la présente garantie. SSQ n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Aux fins de la présente assurance, les traitements suivants ne sont pas considérés comme des traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles : actes, traitements et prothèses liés à des implants.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance soins de santé s'appliquent.

Assurance voyage avec assistance (Assurance soins de santé)

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous pouvez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au **Tableau des garanties**.

Si la personne assurée décède pendant qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son voyage sont admissibles, jusqu'à un maximum de remboursement de 5 000 000 \$ par personne assurée par voyage.

L'assurance voyage s'applique à l'excédent des frais remboursables en vertu des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée. Pour tout séjour qui doit durer plus de 180 jours, la personne assurée doit communiquer à l'avance avec SSQ afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
 - s'est aggravée;
 - a fait l'objet d'une récurrence;
 - est en phase terminale d'évolution;
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage;

- qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;

et

- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par voyage.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par voyage.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, incluant les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement ou la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours. Les frais admissibles à ce titre, incluant le transport en vue d'aller identifier le corps de la personne assurée décédée avant son retour, sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 1 600 \$ par voyage.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

Transport du corps de la personne assurée en cas de décès

Les frais de préparation et de retour du corps de la personne assurée par la route la plus directe pour la ramener chez elle, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 5 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 1 000 \$ par voyage.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a reporté son retour en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 200 \$ par jour, ni 1 600 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a. diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b. vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c. assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d. coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e. apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f. prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
- g. prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h. coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i. communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j. servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k. recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance soins de santé s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage de la présente garantie :

- a. frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b. frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c. frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou de ne pas se rendre; la présente exclusion ne s'applique pas à une personne assurée se trouvant déjà à l'endroit en question au moment où le gouvernement du Canada émet sa recommandation, pourvu qu'elle prenne les dispositions nécessaires pour se conformer à cette recommandation dans les meilleurs délais;
- d. frais payables en vertu de tout régime public;
- e. frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f. dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g. frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h. frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;

- i. frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j. frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k. les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Garantie facultative)

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis dans la rubrique **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais dentaires admissibles que vous devez payer annuellement avant d'avoir droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au **Tableau des garanties**.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au **Tableau des garanties**.

Les frais admissibles d'assurance soins dentaires sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- a. Soins de base;
- b. Services de prosthodontie;
- c. Services d'orthodontie (Régime enrichi seulement).

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- ils doivent être rendus par une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Lorsque les frais prévus excèdent 800 \$, un plan de traitement et les radiographies appropriées devraient être soumis à SSQ avant le début du traitement. La personne assurée peut ainsi être informée à l'avance de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au **Tableau des garanties** par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste et d'un hygiéniste, l'association de la province de pratique du denturologiste et de l'hygiéniste. Toutefois, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 60 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, capuchons, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :

- a. pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b. pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
- c. pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d. pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e. pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés;

- f. pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g. pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h. pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i. pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant;
- j. pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k. pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l. pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- m. pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- n. pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- o. pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- p. pour des pontiques et piliers de transition;
- q. pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- r. pour des photographies diagnostiques.

5. Demandes de prestations

Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement devraient être présentées à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

Soins de base (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du **Tableau des garanties**.

Les services de diagnostic, de prévention, de restauration mineure, de chirurgie buccale et de services généraux complémentaires pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

1. Diagnostic

a. Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : selon le régime choisi et la fréquence indiquée au **Tableau des garanties**
- examen complet : un examen par période de 24 mois
- examen parodontal complet
- examen d'urgence
- examen d'un aspect particulier

b. Radiographies

- radiographie intra-orale
 - pellicule périapicale
 - pellicule occlusale
 - pellicule interproximale : 2 fois par année civile
 - pellicule des tissus mous
- radiographie extra-orale
 - pellicule extra-orale
 - examen des sinus
 - sialographie
 - utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo-mandibulaire
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 24 mois
 - pellicule céphalométrique
- autres
 - duplicata de radiographie
 - série complète, limitée à une série tous les 24 mois

c. Tests et examens de laboratoire

- test pulpaire

- test bactériologique
 - test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
 - test cytologique
 - modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
 - présentation de cas, plan de traitement
 - consultation avec le patient
 - test de vitalité
2. Prévention
- a. Services usuels de prévention
- polissage de la partie coronaire des dents : selon le régime choisi et la fréquence indiquée au **Tableau des garanties**
 - détartrage : selon le régime choisi et la fréquence indiquée au **Tableau des garanties**
 - application topique de fluorure* : selon le régime choisi et la fréquence indiquée au **Tableau des garanties**
 - analyse du régime alimentaire
 - instruction d'hygiène buccale
 - programme de contrôle de la plaque dentaire
 - finition d'une obturation
 - scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordantage à l'acide * (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes)
 - ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
 - meulage interproximal *
 - améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)
- * Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.
- b. Appareil de maintien : ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 18 ans.
- c. Correction des habitudes buccales : ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 18 ans.
- appareil fixe ou amovible
 - évaluation myofonctionnelle
 - motivation du patient
 - myothérapie

- d. Appareil pour le bruxisme
 - un appareil
 - réparation
 - regarnissage
- e. Équilibrage de l'occlusion
- 3. Restauration mineure
 - pansement sédatif
 - meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - recimentation de fragment de dent brisée
 - restauration en résine, en amalgame ou en composite *
 - tenons par restauration

* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant. Les restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures sont limitées aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame.
- 4. Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
 - exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique
 - transplantation d'une dent
 - reposition d'une dent par chirurgie
 - énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
 - alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - extension des replis muqueux
 - incision et drainage
 - réduction de fracture
 - frénectomie
 - traitement des glandes salivaires
 - chirurgie ou traitement des sinus
 - contrôle d'hémorragie
 - traitement post-chirurgical
 - réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
- 5. Services généraux complémentaires
 - anesthésie locale
 - sédation consciente
 - visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du **Tableau des garanties**.

Les services de prosthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

1. Endodontie
 - urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
 - traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
2. Parodontie
 - traitements non chirurgicaux
 - chirurgie parodontale
 - curetage gingival et surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
 - jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
 - irrigation parodontale
3. Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible
 - rebasage et regarnissage
 - réparation avec ou sans empreinte
 - obturateur palatin
 - remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle
 - ajustements mineurs et majeurs : couverts si faits plus de 3 mois après la mise en bouche de la prothèse
4. Réparation de pont fixe et de couronne
 - réparation de pont fixe
 - réparation de couronne
 - recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot
 - supplément pour mordançage de la restauration
 - immobilisation, sectionnement
 - enlèvement d'un pivot déjà cimenté
5. Restauration majeure et prothèse fixe
 - aurification
 - incrustation et tenons de rétention
 - jumelage avec treillis de type Maryland
 - couronne en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition

- couronne individuelle
 - capuchon, métal précieux ou non
 - corps coulé
 - facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires
 - pivot préfabriqué
 - reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
 - supplément pour une restauration
6. Prothèse amovible
- prothèse complète*
 - prothèse partielle*
- * Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.
7. Pont fixe
- pontique
 - appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch
 - pilier
 - barre de rétention pour fixer à des capuchons
 - pilier incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
 - attache de précision
 - supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle existante

Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires) (Régime enrichi seulement)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du **Tableau des garanties**.

Les services d'orthodontie prévus par le contrat ne sont couverts qu'à l'égard des enfants à charge assurés qui ont moins de 18 ans.

Les services d'orthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- examen spécifique d'orthodontie
- examen complet d'orthodontie
- orthodontie corrective
- réparations, modifications, recimentation
- appareils de rétention
- traitement orthodontique
- radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)
- traitement complet d'une malocclusion dentaire

GARANTIE ASSURÉE
PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CHARTIS DU CANADA
PROGRAMME D'ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS D'ACCIDENT
Pour les cadres retraités et
membres de l'état-major des pompiers retraités
VILLE DE MONTRÉAL
CONTRAT # PAI 912 46 46
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CHARTIS DU CANADA
PRISE D'EFFET : 1^{ER} JANVIER 2009

Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance en cas d'accident?

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences même dans le cas d'une famille à deux revenus. Un accident grave peut vous empêcher de faire face à vos obligations financières et suite à votre décès, votre conjoint peut être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont vos êtres chers peuvent avoir besoin. Sans une source de revenu fiable, il pourrait vous être impossible de faire vos versements hypothécaires, d'acquitter les frais d'étude collégiale ou d'épargner pour la retraite.

Votre employeur vous offre l'occasion de tirer parti d'un pouvoir d'achat collectif pour souscrire une assurance individuelle en cas d'accident, simple et économique. Cette assurance est émise par la Compagnie d'Assurance Chartis du Canada. Ce contrat prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

Acceptation garantie L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

Mode de fonctionnement

Vous êtes automatiquement assuré si vous êtes un retraité du Titulaire du contrat, âgé de moins de 75 ans, que vous participez à la garantie d'assurance vie facultative collectif de votre employeur et qui appartenez à la Catégorie des cadres retraités et membres de l'état-major des pompiers retraités.

Pour un Capital assuré correspondant au montant que prévoit la garantie d'assurance vie facultative collectif de votre employeur.

Définitions

Par « **Compagnie** » on entend la Compagnie d'Assurance Chartis du Canada.

Par « **Conjoint** », on entend une personne âgée qui (i) est légalement mariée et est domiciliée avec vous ou qui (ii) est unie civilement et est domiciliée avec vous ou qui (iii) est de sexe différent ou de même sexe que vous et qui vit maritalement avec vous alors que vous et cette personne êtes les parents du même enfant ou qui (iv) est de sexe différent ou de même sexe que vous et qui vit maritalement avec vous depuis au moins un an.

Par « **Enfant à charge** », on entend un enfant de sang, un enfant adopté ou un enfant né d'une autre union du conjoint ou un enfant pour qui vous tenez le rôle de parent et qui (i) est âgé de moins de 18 ans et à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou qui (ii) n'a pas de conjoint, a moins de 26 ans et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel vous ou votre conjoint exerceriez l'autorité parentale s'il était mineur ou qui (iii) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement du gouvernement qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes (i) et (ii) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Par « **Personne assurée** », on entend vous, si vous êtes un retraité du Titulaire du contrat âgé de moins de 75 ans et couvert sous la garantie d'assurance vie facultative, tel que décrit ci-dessus.

Par « **Titulaire du contrat** » on entend la Ville de Montréal.

Prestations et garanties

Décès, mutilation, paralyxie et perte de l'usage par accident

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert qui en est la cause, la garantie prévoit le versement d'une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

Tableau des pertes

Perte de la vie	Le capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds	Le capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux.....	Le capital assuré
Perte d'une main et d'un pied.....	Le capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied	Trois quarts du capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil	Trois quarts du capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	Deux cinquièmes du capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	Le capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe.....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'ouïe et d'une oreille.....	Deux cinquièmes du capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main	Deux cinquièmes du capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied	Un tiers du capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds.....	Le capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du capital assuré
Perte de l'usage des quatre doigts d'une main	Deux cinquièmes du capital assuré
Perte de l'usage du pouce et de l'index d'une même main.....	Deux cinquièmes du capital assuré

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs).....Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs).....Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

Par « **Perte** », on entend les définitions suivantes :

- par « Quadriplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés;
- par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main;
- par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied;
- par « la Vue complète d'un oeil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet oeil soit égale ou inférieure à 20/200;
- par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit;
- par « l'Ouïe d'une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit;
- par « l'Ouïe », on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit;
- par « Perte de la parole », on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l'usage », on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente.
- Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

Prestation d'invalidité totale et permanente

Si vous subissez une blessure qui entraîne une invalidité totale et permanente, la Compagnie versera un montant correspondant au capital assuré, moins tout montant figurant dans le Tableau des pertes déjà payé ou payable pour la même perte.

Par « invalidité totale et permanente », on entend qu'à la suite d'une blessure, vous êtes incapable d'effectuer au moins deux des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous sans l'aide d'une autre personne et ce, pendant une période de 12 mois après la date de la blessure, après quoi vous êtes alors jugé incapable d'effectuer de telles activités sans aide jusqu'à la fin de votre vie et un médecin atteste que l'invalidité est totale, permanente et irréversible.

Les activités de la vie quotidienne sont :

1. Maintien de la continence : contrôle des urines et des selles, y compris l'habilité à utiliser des fournitures pour stomisés ou d'autres appareils, comme les cathéters;
2. Déplacement : se déplacer entre le lit et une chaise ou entre le lit et un fauteuil roulant;
3. Habillement : s'habiller et se déshabiller en mettant ou en enlevant tous les articles d'habillement nécessaires;
4. Toilettes : aller aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur la cuvette et se lever et faire les gestes d'hygiène personnelle qui y sont associés;
5. Manger : effectuer toutes les tâches principales nécessaires pour se nourrir; et
6. Prendre une douche ou un bain : se laver dans une baignoire ou prendre une douche, y compris entrer dans la baignoire ou se placer sous la douche.

Prestation pour réadaptation

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ par accident, si ces frais sont engagés dans les trois années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ par accident pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ par accident, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire du contrat.

Prestation pour thérapie psychologique

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

Prestation pour hospitalisation

Versement d'une prestation de (i) 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

Prestation pour transport de la famille

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous êtes hospitalisé, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation de rapatriement

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous êtes victime de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

Prestation pour identification du corps

Versement d'une prestation allant jusqu'à 10 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous êtes victime de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

Prestation pour port de la ceinture de sécurité

Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous êtes victime de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

Prestation pour frais de garderie

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous êtes victime de décès par accident couvert ou le devenez dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études d'un enfant à charge

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous êtes victime de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études du conjoint

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 36 mois suivant votre décès.

Prestation pour frais funéraires

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous êtes victime de décès par accident couvert.

Prestation suite à un assaut criminel

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du capital assuré, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez des prestations en vertu du régime, à la suite d'un acte délictueux grave délibéré d'une autre personne dirigé contre vous en tant qu'employé du Titulaire du contrat, à l'exception d'un acte commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de votre ménage.

Indemnité pour décès simultanés

Si la Personne assurée et son conjoint assuré perdent tous deux la vie dans un même accident, le Capital assuré payable pour la perte de la vie du conjoint sera égal au montant payable pour la perte de la vie de la Personne assurée.

Prolongation de l'assurance familiale

Si vous décédez, l'assurance de votre conjoint assuré et(ou) de vos enfants à charge assurés peut être prolongée pour une période maximale de 6 mois, sous réserve du paiement de la prime.

Désignation du bénéficiaire

Vous pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu du présent contrat si vous décédez par accident. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Exclusions

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sain d'esprit;
- (b) des blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (e) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
 - i. êtes passager dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
 - ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef; ou
 - iii. êtes passager d'un aéronef qui appartient au Titulaire du contrat ou qui est loué par ce dernier.
- (f) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques.
- (g) les causes naturelles.

Limite globale par accident

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux employés assurés ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiquée dans le contrat. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque employé assuré recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

Date d'entrée en vigueur

Votre assurance entre en vigueur la date à laquelle vous répondez à la définition d'un « employé assuré ».

Date de résiliation

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de résiliation du contrat;
- 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue;
- 3) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'un « employé assuré »; ou
- 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous ne faites plus partie d'une catégorie d'employés admissibles comme il est indiqué dans le contrat.

Administration des demandes de règlement

En cas d'un décès ou d'une mutilation suite à un accident, donnant lieu à une demande de règlement, vous (ou votre mandataire) devez donner un avis par écrit ou par courriel (ahclaimscan@chartisinsurance.com) à la Compagnie au plus tard 30 jours à partir de la date de l'accident;

Vous (ou votre mandataire) devez ensuite fournir à la Compagnie une preuve de demande de règlement tel qu'il est raisonnablement possible de le faire dans les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident ou la Blessure qui en a découlé, et ce, dans un délai de 90 jours à partir de la date de l'accident;

À la demande de la Compagnie, vous (ou votre mandataire) devez fournir une attestation signée par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine concernant la cause et la nature de l'accident ou de la Blessure qui en a découlé.

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans le contrat, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et le contrat, le contrat prévaudra.

L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance Chartis du Canada.

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

Imprimé en mai 2010.



accès

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès aujourd'hui au site ACCÈS | service aux personnes assurées.

www.ssq.ca

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500

www.ssq.ca

SSQ Groupe
financier