

## SourceSanté Plus vous souhaite la bienvenue!

Ceci est un document important. Veuillez conserver le guide *Soins de santé de l'employé* en lieu sûr puisqu'il contient des renseignements personnels vous concernant.

Votre employeur et SourceSanté Plus ont conçu pour vous un programme de protections d'assurance adapté à vos besoins. Il constitue une part importante de la rémunération globale que vous recevez de votre employeur.

### Pourquoi ce guide est-il si important?

Parce qu'il décrit en détail vos diverses protections d'assurance et la date d'entrée en vigueur vous concernant.

### Que comprend votre guide *Soins de santé de l'employé*?

- **Votre Relevé de protections personnalisé**
  - Votre Relevé de protections indique comment vous avez été admis dans le système. Si vous notez une divergence, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime
  - Votre Relevé de protections indique votre niveau de protection ainsi que celui des personnes à votre charge (s'il y a lieu)
  - Votre Relevé de protections comprend également votre carte d'assurance voyage, s'il y a lieu (détachez-la et conservez-la dans votre portefeuille lorsque vous voyagez)
  
- **Formulaires de réclamation**
  - Votre guide *Soins de santé de l'employé* comprend deux formulaires de réclamation pré-remplis avec vos renseignements personnels
    - Formulaire de réclamation pour soins dentaires
    - Formulaire de réclamation pour soins de santé
  - Vous pouvez vous procurer d'autres formulaires à [www.healthsourceplus.com/forms](http://www.healthsourceplus.com/forms)
  
- **Carte de paiement direct (s'il y a lieu)**
  - Votre carte de paiement direct se trouve ci-jointe. Conservez cette carte dans votre portefeuille et présentez-la à votre pharmacien et à votre dentiste au moment de la réclamation.
  
- **Votre Relevé de protections**
  - Une description détaillée de chacune de vos protections

Si vous avez des questions sur vos réclamations pour soins dentaires ou de santé, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de SecurPrestation au :

**1 888 513-4464**

Bonne santé,  
**SOURCESANTÉ PLUS**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Formulaires de réclamation</b>	
<b>Service à la clientèle des employés</b>	<b>3</b>
<b>Relevé de protections</b>	
Assurance vie du participant	6
Assurance vie additionnelle	6
Assurance décès et mutilation accidentels	7
Invalidité de courte durée	8
Invalidité de longue durée	9
Soins de santé prolongés	10
Médicaments sur ordonnance	10
Soins dentaires	11
<b>Dispositions générales</b>	<b>12</b>
<b>Définitions</b>	<b>17</b>
<b>Description des protections</b>	
Assurance vie du participant	21
Assurance vie additionnelle (Assurance vie additionnelle de l'employé et du conjoint)	25
Assurance décès ou mutilation accidentels	27
Invalidité de courte durée	33
Invalidité de longue durée	39
Assurance voyage avec assistance et annulation de voyage	46
Soins de santé prolongés	58
Médicaments sur ordonnance	66
Soins dentaires	67
<b>Coordination des prestations et échéance pour présenter des réclamations</b>	<b>74</b>

## Service à la clientèle à l'intention des employés

Chez SourceSanté Plus, le service à la clientèle à l'intention des employés nous tient à cœur.

C'est la raison pour laquelle nous sommes toujours à la recherche de nouvelles façons de vous aider.

Vous disposez de nombreuses façons d'obtenir de l'information sur votre programme d'avantages sociaux à titre d'employé. Le premier endroit à consulter est votre guide sur les avantages sociaux de l'employé. Si vous n'avez pas d'exemplaire, demandez-en un à l'administrateur de votre régime. Si vous n'y trouvez pas ce que vous cherchez, vous pouvez également recourir aux alternatives suivantes :

1. **eProfile - Information en ligne sur les réclamations**
2. **Service à la clientèle en ligne (FAQ)**
3. **Ligne sans frais 1 800 du Service à la clientèle**
4. **Formulaires en ligne**

### **1. SourceSanté Plus eProfile™ - accédez à de l'information sur vos réclamations en ligne**

Vous pouvez accéder à de l'**information sur vos réclamations personnelles 24/7** grâce à SourceSanté Plus eProfile™ un service en ligne sûr et interactif.

#### **Comment eProfile peut-il m'aider?**

Grâce à eProfile vous pourrez :

- Visualiser votre historique personnel de réclamations
- Accéder à de l'information sur les réclamations des personnes à votre charge
- Obtenir des détails sur la raison d'un ajustement ou d'un rejet d'une réclamation en particulier
- Soumettre en ligne vos demandes relatives à vos différentes protections à « Demandez à l'expert »
- Imprimer des réclamations individuelles pour la Coordination des prestations
- Exécuter des relevés consolidés aux fins d'imposition
- Accéder à d'autres renseignements importants sur la santé

## Comment s'inscrire à eProfile?

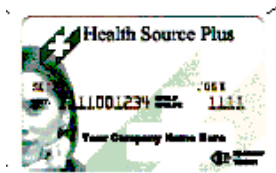
Inscrivez-vous en ligne pour consulter les détails de votre régime d'avantages sociaux, l'historique de vos réclamations, imprimer des rapports et plus encore - tout ça en ligne 24/7.

Allez à [www.healthsourceplus.com](http://www.healthsourceplus.com)

Cliquez sur l'onglet **eProfile** dans la partie supérieure de chaque page.

L'écran eProfile apparaît. Inscrivez-vous pour pouvoir utiliser eProfile en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant ».

Suivez les instructions. Vous aurez besoin de votre Numéro de groupe et de votre Numéro de certificat que vous trouverez sur votre **Carte de paiement direct** ou sur votre **Relevé de protections**.



## 2. Service à la clientèle en ligne

Grâce à eProfile de SourceSanté Plus, vous pouvez soumettre vos questions en ligne en tout temps. C'est facile. Il vous suffit d'ouvrir une session avec votre nom d'utilisateur et votre mot de passe eProfile puis de cliquer sur « **Demander des renseignements sur la protection** ».

### Quel genre de questions puis-je poser?

Vous pouvez poser n'importe quelle question concernant votre régime de soins de santé et dentaires. Exemples :

- Quel montant relatif à ma protection des soins dentaires me reste-t-il?
- Ai-je couvert ma franchise?
- Quel montant relatif à ma protection des soins de la vue me reste-t-il?
- Ma carte de paiement direct fonctionnera-t-elle chez ce dentiste?

### 3. Numéro sans frais 1 800

Si vous éprouvez des difficultés et que vous avez besoin d'aide additionnelle, veuillez appeler le service approprié :

**Interrogations sur les réclamations de soins de santé et dentaires**  
1 888 513-4464

**Interrogations techniques concernant l'inscription et l'émission d'un NIP :**  
1 888 513-4464, poste 2621

---

#### HEURES D'OUVERTURE :

8 h à 20 h HNE

Si le préposé n'est pas disponible, veuillez laisser un message détaillé incluant votre nom, votre numéro de certificat, la date, l'heure, la nature de votre appel et un numéro où l'on peut vous joindre. Le Service d'aide retourne les appels par ordre de priorité habituellement le même jour ouvrable.

### 4. Formulaires en ligne

Tous les formulaires sont disponibles en ligne. Vous pouvez imprimer les formulaires dont vous avez besoin en format Adobe Acrobat sur demande sur notre site Web à [www.healthsourceplus.com](http://www.healthsourceplus.com) puis en allant à la section « Formulaires » après avoir cliqué sur l'onglet Employeur ou Employé.

## RELEVÉ DE PROTECTIONS

(Veuillez vous reporter à la description des protections pour plus de détails)

Protections souscrites par SSQ Groupe financier, Police collective n° 38U80

### Assurance vie de base du participant

#### Tranche(s)

#### Montant de l'assurance vie de base

001, 002

200 % de votre salaire annuel\*, arrondi au 1 000 \$ supérieur s'il n'est pas déjà un tel multiple, jusqu'à concurrence de 300 000 \$.

#### **Notes :**

Le montant de votre assurance vie de base est réduit de 50 % à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance et cesse à votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

\*Par **salaire** - Division 041 - Éducatrices au soins à la petite enfance: Vos gains totaux nets sur votre T1 sur l'année calendrier de l'année précédente moins 15 % du déductible des frais de garde pour l'impôt

\*Par **salaire** - Tous les employés - on entend votre salaire mensuel régulier avant l'invalidité, excluant les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les allocations d'hébergement et de repas, les montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire

### Assurance vie additionnelle du participant

#### Tranche(s)

#### Montant de l'assurance vie additionnelle

001, 002

Par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 200 000 \$

Vous devez soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour toute demande d'assurance vie additionnelle ou pour toute majoration de ce montant par la suite. Une clause relative au suicide décrite dans la section des protections s'applique.

Le montant de votre assurance vie additionnelle cesse à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

### Assurance vie du conjoint

#### Tranche(s)

#### Montant de l'assurance vie additionnelle

001, 002

Conjoint : par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 200 000 \$

#### **Notes :**

Vous devez soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour toute demande d'assurance vie additionnelle ou pour toute majoration de ce montant par la suite. Une clause relative au suicide décrite dans la section des protections s'applique.

Le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint cesse à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

## RELEVÉ DE PROTECTIONS (suite)

(Veuillez vous référer à la description des protections pour plus de détails)

Protection souscrite par l'American Home Insurance Company, Police collective n° 9125976

### Assurance décès ou mutilation accidentels de l'employé

<u>Tranche(s)</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
001, 002	200% de votre salaire annuel*, arrondi au 1 000 \$ supérieur s'il n'est pas déjà un tel multiple, jusqu'à concurrence de 300 000 \$.

### **Notes :**

Votre montant d'assurance est réduit de 50 % à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance et cesse à votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

\*Par **salaire** - Division 041 - Éducatrices au soins à la petite enfance: Vos gains totals nets sur votre T1 sur l'année calendrier de l'année précédente mois 15 % du déductible des frais de garde pour l'impôt

\*Par **salaire** - Tous les employés - on entend votre salaire mensuel régulier avant l'invalidité, excluant les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les allocations d'hébergement et de repas, les montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire

## RELEVÉ DE PROTECTIONS (suite)

(Veuillez vous référer à la description des protections pour plus de détails)

Protections souscrites par SSQ Groupe financier, Police collective n° 38U80

### Assurance invalidité de courte durée

<b>Tranche(s)</b>	<b>001, 002</b>
- <b>Montant des prestations hebdomadaires :</b>	66.67 % de votre salaire brut*, jusqu'à concurrence de 1 000 \$
- <b>Délai de carence (jours civils) :</b>	
En cas d'accident :	0 jours
En cas d'hospitalisation	0 jours
En cas de maladie	7 jours
- <b>Durée des prestations :</b>	17 semaines
- <b>Imposition des prestations</b>	Les prestations sont non imposables.

### **Notes :**

Le versement des prestations et la protection cessent à votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

\*Par **salaire** - Division 041 - Éducatrices au soins à la petite enfance: Vos gains totaux nets sur votre T1 sur l'année calendrier de l'année précédente moins 15 % du déductible des frais de garde pour l'impôt

\*Par **salaire** - Tous les employés - on entend votre salaire mensuel régulier avant l'invalidité, excluant les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les allocations d'hébergement et de repas, les montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire.



## RELEVÉ DE PROTECTIONS (suite)

(Veuillez vous référer à la description des protections pour plus de détails)

Protections souscrites par SSQ Groupe financier, Police collective n° 38U80

### Assurance invalidité de longue durée

#### Tranche(s)

001, 002

- **Montant des prestations mensuelles :** 60 % de votre salaire brut\*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$
- **Délai de carence (jours civils) :** 119 jours
- **Imposition des prestations** Les prestations sont non imposables
- **Durée maximale des prestations :** 65 ans ou retraite anticipée
- **Cessation de la protection :** 65 ans ou retraite anticipée

#### **Notes :**

\*Si, à tout moment, votre montant mensuel d'assurance invalidité de longue durée dépassait 4 500 \$, vous devrez soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Le montant excédentaire entrera en vigueur lors de l'approbation écrite par l'assureur. Cette disposition s'applique également aux augmentations subséquentes.

\*Par **salaire** - Division 041 - Éducatrices au soins à la petite enfance: Vos gains totaux nets sur votre T1 sur l'année calendrier de l'année précédente moins 15 % du déductible des frais de garde pour l'impôt

\*Par **salaire** - Tous les employés - on entend votre salaire mensuel régulier avant l'invalidité, excluant les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les allocations d'hébergement et de repas, les montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire.

## RELEVÉ DE PROTECTIONS (suite)

(veuillez vous référer à la description des protections pour plus de détails)

### Prestations pour soins de santé

### Montants

Souscrites par SSQ Groupe financier - Police collective n° 38U80

**Assurance voyage d'urgence, assistance voyage** ... 5 000 000 \$ par voyage

**Annulation voyage** ..... 5 000 \$ par voyage

Prestations administrées par SecurPrestation - Police collective n° 9707

### Soins de santé prolongés

Franchise par année civile\* AUCUNE

\*(ne s'appliquent pas aux frais d'hospitalisation de base,  
ni aux frais hors province)

Pourcentage 80 %

Hospitalisation de base 100 %, Chambre à deux lits

Hôpital pour convalescents 20 \$ par jour jusqu'à concurrence  
De 120 jours par invalidité

Services paramédicaux - Praticiens 300 \$ par type de praticien par année civile

(chiropraticien\*, massothérapeute,  
naturopathe, ostéopathe\*, orthophoniste,  
podologue/podiatre\*, psychologue)

\*( plus 50 \$ pour les radiographies)

(Limite de 1 visite par jour, par type de praticien)

Physiothérapeute illimitée

Dietician 350 \$ par année civile

### Médicaments sur ordonnance

### Paiement direct

Franchise : Aucune

Pourcentage : 80 %

Maximum des frais d'ordonnance 9,00 \$

## RELEVÉ DE PROTECTIONS (suite)

(veuillez vous référer à la description des protections pour plus de détails)

### Soins dentaires

Guide des tarifs

Guide courant de l'Association dentaire provinciale

Franchise par année civile :

25 \$ célibataire et 50 \$ famille

Pourcentages :

Niveaux 1 et 2 - Restaurations mineures	100 %
Niveau 3 - Restaurations majeures	50 %
Niveau 4 - Orthodontie	50 %

Maximum par année civile

Niveaux 1 et 2 - Restaurations mineures et Niveau 3 - Restaurations majeures	1 500 \$
--	----------

Maximum à vie

Niveau 4 - Orthodontie (Enfants de moins de 18 ans seulement)	1 500 \$
--	----------

Les protections susmentionnées cessent à votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de votre retraite, si antérieure.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Admissibilité à l'assurance

Vous êtes admissible au régime d'assurance collective si vous répondez aux conditions suivantes :

- vous êtes un employé permanent travaillant régulièrement à temps plein pendant un minimum de vingt (20) heures par semaine pour un employeur adhérent protégé en vertu du présent régime.

Votre régime d'assurance collective débute à la date à laquelle vous devenez admissible, soit après avoir complété

001 - trois (3) mois

002 - six (6) mois

S.V.P. vérifier avec l'administrateur de votre régime pour la période d'attente de votre centre
---

de service continu à plein temps à condition que vous soyez effectivement au travail à cette date, selon votre horaire habituel de travail et à plein salaire. Dans le cas contraire, votre régime d'assurance collective débute à la date de votre retour au travail, selon votre horaire habituel de travail et à plein salaire.

Les employés effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective et dont la protection par un autre régime d'assurance collective prend fin à cette date, sont admissibles à la date d'entrée en vigueur de ce régime.

### Admissibilité des personnes à votre charge (conjoint et enfants)

Votre conjoint et vos enfants seront admissibles au régime d'assurance collective à la même date à laquelle vous devenez admissible ou à la date à laquelle ils deviennent à votre charge, si ultérieure.

Si vous détenez déjà une protection familiale ou monoparentale, la protection de tout nouvel enfant prend automatiquement effet à la date à laquelle il répond aux critères d'enfant à charge. Cependant, vous devez aviser l'administrateur de votre régime par écrit de toute nouvelle personne à votre charge.

La protection de votre conjoint et des enfants à votre charge ne peut en aucun temps prendre effet avant l'entrée en vigueur de votre protection.

### Participation à l'assurance

Votre participation au régime d'assurance collective est obligatoire sauf pour les protections de soins de santé prolongés, de médicaments et de soins dentaires qui sont facultatifs si vous êtes couvert par le régime de votre conjoint.

La participation de votre conjoint et de vos enfants, s'il y a lieu, à ce régime d'assurance collective est obligatoire à moins qu'ils soient protégés par un autre régime d'assurance collective.

### **Date d'entrée en vigueur de votre assurance**

Si vous et/ou votre conjoint et vos enfants êtes admissibles à l'assurance selon les clauses d'admissibilité susmentionnées, vous devez remplir et soumettre un formulaire d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible aux protections, sinon des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur seront requises, à vos frais, pour vous-mêmes et chacune des personnes à votre charge. Le régime d'assurance collective n'entrera en vigueur qu'à la date d'acceptation des preuves par l'assureur et pourvu que vous soyez effectivement au travail ce jour-là selon votre horaire habituel de travail et à plein salaire.

### **Date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective pour les personnes à votre charge (conjoint et enfants) et modifications apportées à votre situation familiale ou professionnelle**

Tout changement dans votre situation familiale ou professionnelle peut avoir un impact sur votre protection; par conséquent, l'assureur ou l'administrateur doit être avisé par écrit au plus tard dans les 31 jours suivant la date du changement.

#### ***Augmentation de protection***

Toute augmentation de protection prend effet à la date demandée par l'administrateur de votre régime si l'avis de modification est reçu au plus tard dans les 31 jours suivant la date de l'événement qui engendre la modification. Toutefois, si le changement rend la présentation de preuves d'assurabilité nécessaire, il prend effet à la date d'acceptation de ces preuves par l'assureur.

Si l'avis n'est pas reçu dans le délai prévu, vous devrez fournir des preuves d'assurabilité. Dans ce cas, la protection modifiée prend effet à la date d'acceptation de ces preuves par l'assureur.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre protection serait normalement modifiée, la modification prend effet à la date de votre retour au travail selon votre horaire habituel et à plein salaire.

#### ***Diminution de protection***

Toute diminution de protection prend effet à la date demandée par l'administrateur du régime si l'avis de modification est reçu au plus tard dans les 31 jours suivant la date de l'événement qui engendre la modification. Si l'avis n'est pas reçu dans les délais prévus, la protection réduite prend effet à la date de réception de l'avis par l'administrateur.

### **Définition des personnes à charge (aux fins de ce régime d'assurance collective)**

Par **conjoint** on entend la personne qui :

- est mariée à vous par une union civile ou un mariage légalement reconnu; ou
- fait vie commune avec vous et vous l'avez désignée par écrit à l'administrateur comme telle et un enfant est issu de votre union; ou
- fait vie commune avec vous depuis au moins douze (12) mois et vous l'avez désignée comme telle par écrit à l'administrateur.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- vous et cette personne divorcez ou annulez votre mariage ou votre union civile; ou
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de trois (3) mois.

Lorsque cette personne est désignée par écrit comme votre conjoint, la protection de la personne désignée auparavant comme conjoint est annulée.

Par **enfant** on entend :

votre enfant, celui de votre conjoint ou de vous deux. Cette définition comprend également l'enfant légalement adopté ou à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale, ou l'exerceriez s'il était mineur, et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. L'enfant doit être célibataire et :

- être âgé d'au moins vingt quatre (24) heures (ne s'applique qu'à l'assurance vie des personnes à charge);
- être âgé de moins de vingt et un (21) ; ou
- être âgé de vingt et un (21) et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue. Une preuve attestant l'inscription à un programme d'études doit être présentée à la satisfaction de SSQ ou de l'administrateur du régime; ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique. Cette invalidité s'est déclarée alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'enfant à charge. Elle rend l'enfant incapable d'avoir une occupation rémunératrice. Des preuves médicales adéquates doivent être présentées à l'assureur.

### **Cessation de votre régime d'assurance collective**

Votre régime d'assurance collective se termine :

- à la date à laquelle vous cessez d'être admissible pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :
  - vous cessez d'être un employé de l'employeur participant à l'assurance collective;
  - vous ne répondez plus aux conditions d'admissibilité énoncées sous *Admissibilité à l'assurance*;
  - vous atteignez l'âge limite indiqué au *Relevé de protections*;
    - vous prenez votre retraite;
  - vous cessez d'être effectivement au travail;
- vous cessez d'être effectivement au travail, sauf si vous avez maintenu votre protection, selon les dispositions prévues à la section qui suit *Maintien des protections en cas de cessation temporaire d'emploi*.
- à la date d'échéance des primes exigibles si elles ne sont pas versées à l'assureur avant l'expiration du délai de grâce.
- à la date de cessation de cette police d'assurance.
- lorsqu'une ou plusieurs protections font l'objet d'une exonération, à la date à laquelle cette exonération se termine si vous ne reprenez pas le paiement de votre prime en tant qu'employé régulier selon votre horaire habituel de travail et à plein salaire.
- à la date à laquelle vous recevez des prestations auxquelles la police ne vous donne pas droit, à la suite de fausses demandes ou déclarations inexacts provenant de vous ou d'un tiers, et ce, indépendamment du caractère obligatoire de toute protection et de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer.

## **Cessation du régime d'assurance collective pour votre conjoint et vos enfants**

Sauf indication contraire dans la police, l'assurance de votre conjoint et de vos enfants prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle votre assurance cesse;
- la date à laquelle votre conjoint et vos enfants cessent d'être à votre charge au sens de la police;
- la date à laquelle vous, votre conjoint et/ou les enfants à votre charge recevez des prestations auxquelles la police ne donne pas droit, à la suite de fausses demandes ou déclarations inexactes provenant de vous ou d'un tiers, et ce, indépendamment du caractère obligatoire de la protection et de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer.

**Maintien des protections en cas de cessation temporaire d'emploi** (en cas d'AILD avec RBC - de telles dispositions sont incluses dans leur description de l'AILD)

En cas de cessation temporaire d'emploi répondant aux conditions décrites dans les sections suivantes, votre assurance peut être maintenue selon les dispositions énoncées plus bas, dans la mesure où vos primes sont payées.

Dans les trente et un (31) jours suivant la date de début ou de fin de la cessation temporaire d'emploi, l'administrateur de votre régime doit fournir à l'administrateur ou à l'assureur les renseignements pertinents pour déterminer les dates de suspension ou de reprise des protections. L'administrateur de votre régime doit également spécifier quelles protections sont maintenues par les participants en cessation temporaire d'emploi.

Si vous êtes invalide, vous pouvez demeurer assuré pendant votre invalidité jusqu'à la cessation définitive de votre emploi dans une catégorie d'employés admissibles à l'assurance.

### **- Congé parental, congé de maternité et congé pour motifs familiaux**

Si vous êtes en congé parental, en congé de maternité ou en congé pour motifs familiaux, vous pouvez demeurer assuré pendant la durée de la période de congé légal;

Si vous ne maintenez pas vos protections pendant toute la durée ou une partie de votre congé, vous ne pouvez pas les reprendre par la suite durant la période de ce congé. Si vous revenez au travail et répondez à la définition d'employé admissible, telle que décrite dans le Relevé de protections, dans les douze (12) mois qui suivent le début de votre congé, vous pouvez reprendre vos protections à la date de votre retour au travail.

### **Congé sans solde, suspension**

Si vous êtes en congé sans solde ou suspendu de vos fonctions, vous pouvez être admissible à un maintien de protection pendant la durée de votre congé. Veuillez vous informer auprès de votre employeur pour savoir si vous y êtes admissible.

Si les protections ne sont pas maintenues pendant cette période ou une partie de cette absence, elles ne peuvent être remises en vigueur par la suite durant cette période d'absence. Si vous revenez au travail à temps plein et à plein salaire dans les douze (12) mois qui suivent le début de votre congé, vous pouvez reprendre vos protections à la date de votre retour au travail.

### **Mise à pied temporaire**

Si vous êtes mis à pied temporairement, vous pouvez demeurer assuré pour une période maximale de six (6) mois ou tant que vous conservez des droits d'ancienneté prévus par une convention collective.

Vos protections ne sont pas maintenues pendant la période de mise à pied temporaire.

Si vous êtes mis à pied pour moins de sept (7) jours consécutifs, le montant total de la prime est payable pour la période de la prime durant laquelle vous êtes mis à pied et pour la période de la prime durant laquelle vous retournez travailler.

Si vos protections ne sont pas maintenues en vigueur pendant toute la durée ou une partie de votre mise à pied temporaire, vous ne pouvez les reprendre par la suite pendant cette période de mise à pied. Si vous revenez au travail à temps plein et à plein salaire dans les douze (12) mois qui suivent la date de votre mise à pied, vous pouvez reprendre vos protections à la date de votre retour au travail.

Toute protection d'assurance invalidité prévue dans la police cesse le jour de votre mise à pied et est remise en vigueur le jour de votre retour au travail à temps plein et à plein salaire.

**Grève, lock-out ou cessation collective et temporaire de travail**

Votre protection de soins médicaux, de soins médicaux additionnels et de médicaments demeurera en vigueur pour une durée de trente (30) jours.

**Prolongation de la protection du conjoint et des enfants à votre charge à la suite de votre décès**

Lors de votre décès, les protections d'assurance vie de base, les soins médicaux et soins dentaires alors en vigueur pour votre conjoint et les enfants à votre charge seront maintenues sans paiement de primes jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin d'une période de vingt-quatre (24) mois suivant immédiatement votre décès;
- la date à laquelle l'assurance de votre conjoint et des enfants à votre charge aurait pris fin n'eut été de votre décès;
- la date à laquelle votre conjoint et les enfants à votre charge deviennent admissibles à un autre contrat comportant une protection similaire;
- la date de cessation de la présente police.



## DÉFINITIONS

### **Vous**

Le terme « vous » est utilisé de façon interchangeable avec participant, à titre d'employé admissible à l'assurance, comme défini dans la police. La présente brochure s'adresse à vous, le participant.

### **Participant**

Employé admissible à l'assurance et dont la demande d'adhésion a été acceptée par SSQ.

### **Accident**

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

### **Effectivement au travail**

Un employé est considéré comme étant « effectivement au travail » lorsqu'il est présent à son lieu de travail et en mesure d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail. L'employé capable de travailler qui se trouve en vacances ou en congé approuvé par l'employeur est également considéré comme étant effectivement au travail.

### **Frais usuels et raisonnables**

Les frais habituellement exigés à une personne non couverte par un régime d'assurance, soit un montant qui ne doit généralement pas excéder celui exigé pour un service particulier dans la région où ce service est rendu. Les montants sont basés sur les guides de tarification des différentes associations professionnelles provinciales ou nationales.

### **Jour**

Dans le présent contrat, ce terme signifie « jour civil » à moins de mention contraire à cet effet.

### **Dentiste**

Professionnel qualifié et spécialisé, détenant un permis de pratique de la dentisterie délivré par les autorités gouvernementales compétentes. Cette personne dispense les soins de la bouche et des dents que son permis l'autorise à offrir, incluant la chirurgie dentaire et buccale. Cette définition comprend les chirurgiens-dentistes.

### **Période d'invalidité**

Absence continue du travail pour cause d'invalidité.

### **Invalidité**

Pendant le délai de carence de la protection d'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois suivants :  
Incapacité totale et continue causée par un accident ou une maladie qui vous empêche de remplir les fonctions principales de votre emploi habituel.

### Après la période mentionnée précédemment :

Incapacité totale et continue, causée par un accident ou une maladie qui vous empêche d'exercer tout emploi rémunérateur auquel vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

### **Récidive d'invalidité**

Si vous avez droit à des prestations pour une période d'invalidité initiale continue et que vous entrez dans une autre période d'invalidité, SSQ considérera que ces deux périodes d'invalidité constituent une seule et même période lorsque :

- elles sont attribuables aux mêmes causes et séparées par moins de trente et un (31) jours consécutifs au cours desquels vous êtes effectivement de retour à votre travail habituel selon votre horaire habituel et à plein salaire.  
Votre période d'invalidité dépasse six (6) mois, une période d'invalidité subséquente en raison des mêmes causes est considérée comme une récidive d'invalidité si elle en est séparée par moins de cent quatre-vingts (180) jours consécutifs au cours desquels vous êtes effectivement de retour à votre travail habituel selon votre horaire habituel et à plein salaire;
- elles sont attribuables à des causes entièrement différentes et sont séparées par moins d'un jour entier au cours duquel vous êtes effectivement de retour à votre travail habituel selon votre horaire habituel et à plein salaire.

Dans de tels cas, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois.

Lors de la cessation de la présente police, les lois et règlements pertinents en vigueur s'appliquent par préséance.

### **Délai de carence**

Période qui débute au même moment que l'invalidité et qui doit s'écouler avant que vous puissiez obtenir le droit aux prestations d'assurance salaire.

### **Employé**

Tout salarié qui travaille régulièrement pour l'employeur.

### **Employeur**

Le titulaire de la police collective ou tout employeur dont les employés ou une catégorie d'employés sont représentés par le titulaire de la police collective.

### **Hôpital**

Tout hôpital tel que défini par les lois fédérales ou provinciales applicables.

### **Hospitalisation**

Une admission à l'hôpital pour une durée minimale de vingt-quatre (24) heures ou une chirurgie dite d'un jour effectuée en milieu hospitalier, excluant toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans un bureau de médecin.

### **Maladie**

Toute maladie, détérioration de la santé ou trouble de l'organisme diagnostiqué par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme une maladie aux fins de cette police d'assurance.

### **Assuré**

Vous, en tant que participant, de même que votre conjoint et les enfants à votre charge, s'il y a lieu, lorsque vous êtes admis à l'assurance.

**Médecin spécialiste**

Tout médecin titulaire d'un permis de spécialiste l'autorisant à pratiquer dans l'une des spécialités concernées par les protections prévues au contrat.

**Médecin**

Tout professionnel dûment qualifié, légalement autorisé à pratiquer la médecine.

**Salaire**

Division 041 - Éducatrices au soins à la petite enfance: Vos gains totals nets sur votre T1 sur l'année calendrier de l'année précédente moins 15 % du déductible des frais de garde pour l'impôt  
Tous les employés - on entend votre salaire mensuel régulier avant l'invalidité, excluant les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les allocations d'hébergement et de repas, les montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire.

**Salaire net**

Votre salaire au début de votre invalidité après déduction des impôts fédéral et provincial.

**Associé en affaires**

Personne avec qui l'assuré est associé en affaires pour l'exploitation d'une société composée de quatre (4) actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins.

**Activité à caractère commercial**

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

**Membre de la famille**

Conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grands-parents et petits-enfants.

**Hôte à destination**

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant qu'il s'agisse de la résidence principale de l'hôte à destination.

**Compagnon de voyage**

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

**Frais de voyage payés d'avance**

Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'une compagnie accréditée. Les sommes suivantes sont également considérées comme des frais de voyage payés à l'avance :

- les sommes déboursées par l'assuré lors de réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait; et
- les sommes déboursées par l'assuré ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial

**Parent**

Voir Membre de la famille ci-dessus.

**Preuve**

Preuve jugée satisfaisante par SSQ.

**Voyage**

Est considéré comme voyage, un voyage touristique ou d'agrément ou une activité à caractère commercial nécessitant :

- une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux (2) nuitées consécutives; et
- un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence.

Une croisière d'une durée d'au moins deux (2) nuitées consécutives sous la responsabilité d'une compagnie accréditée est également considérée comme un voyage.

## **ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (Détails)** **(SSQ Groupe financier)**

### **Portée**

À votre décès, SSQ paie au bénéficiaire de votre assurance le montant d'assurance vie pour lequel vous êtes protégé, selon les conditions prévues au contrat.

### **Montant de l'assurance vie**

Le montant de base en assurance vie est spécifié au Relevé de protections.

Il inclura la protection d'assurance vie additionnelle que vous détenez, s'il y a lieu.

Le montant d'assurance vie est soumis aux réductions de protection, s'il y a lieu, indiquées au Relevé de protections.

Si vous êtes invalide, le montant de votre assurance vie correspondra à celui en vigueur au début de votre invalidité. Il ne changera pas au cours de la période de l'invalidité, sauf en ce qui a trait aux réductions de protection prévues au Relevé de protections et se terminera lorsque vous atteindrez l'âge de 65 ans.

### **Preuves d'assurabilité**

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes pour SSQ dans les situations suivantes :

- lorsque le montant de votre assurance vie dépasse le maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité. Ce montant est spécifié au Relevé de protections;
- lorsque vous demandez une assurance vie additionnelle;
- si vous faites une demande d'adhésion après les trente et un (31) jours suivant la date du début de votre admissibilité.

Si vous présentez un risque plus élevé que la normale, SSQ peut accepter votre demande d'adhésion moyennant le paiement de primes supplémentaires à celles déjà prévues ou refuser votre demande.

### **Exonération des primes**

Si vous êtes invalide, vous pouvez être exempté du paiement de vos primes d'assurance vie si vous répondez aux conditions suivantes :

- votre période d'invalidité dure plus de six (6) mois;
- votre invalidité a commencé alors que vous étiez protégé par l'assurance vie et avant la cessation de votre emploi permanent;
- vous êtes sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état stationnaire attesté par votre médecin traitant, à la satisfaction de SSQ;
- votre état répond aux critères énoncés à la définition d'invalidité de ce contrat.

Dans un tel cas, votre protection se prolongera sans paiement de primes, selon les conditions de la police en vigueur au début de votre invalidité. Elle se prolongera tant que subsistera votre invalidité, mais sans dépasser la date à laquelle vous atteindrez l'âge de 65 ans, que la présente protection demeure en vigueur ou non.

Pour vous prévaloir du privilège d'exonération des primes, vous devez fournir les preuves de votre invalidité à SSQ dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le début de votre droit à l'exonération.

Si vous ne le faites pas dans le délai prescrit, vous ne pourrez être exonéré pour la période précédant la date de la réception par SSQ des preuves d'invalidité.

Vous devez également soumettre, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de SSQ, des preuves de la continuation de votre invalidité. Si vous ne le faites pas, l'exonération et l'assurance prennent fin à la date de la demande de SSQ.

De plus, vous devez accepter de subir tout examen ou de recevoir tout traitement susceptible de favoriser votre retour à la santé. Dans le cas contraire, SSQ termine l'exonération et l'assurance.

### **Dispositions particulières en cas d'annulation de la protection**

Si vous devenez invalide alors que vous êtes protégé et que votre invalidité subsiste au moment de l'annulation, votre protection se prolongera jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous êtes protégé par un autre assureur;
- la date de votre retour au travail à plein temps selon votre horaire de travail régulier, sauf si vous effectuez moins de trente (30) jours de travail à temps plein.

Pour vous prévaloir du privilège d'exonération des primes, vous devez fournir les preuves de votre invalidité à SSQ dans les six (6) mois qui suivent le début de votre invalidité. Si vous ne le faites pas, votre invalidité n'est pas reconnue en vertu de la présente protection.

Les modalités prévues dans la Loi sur les assurances pour la récurrence de l'invalidité ont préséance sur celles de la définition de récurrence d'invalidité de la police.

### **Règlement anticipé de votre vivant**

Si vous êtes invalide et que votre espérance de vie est inférieure à douze (12) mois, vous pouvez obtenir le versement d'une partie du montant d'assurance vie payable à votre décès. Votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ. Pour ce faire, vous devez remplir les conditions suivantes :

- avoir fait une demande écrite à cet effet au siège social de SSQ;
- être exonéré de vos primes d'assurance vie;
- fournir des preuves démontrant que votre espérance de vie est inférieure à douze (12) mois au moment de votre demande;

si le bénéficiaire de votre assurance est désigné comme irrévocable, vous devez

- obtenir le consentement du bénéficiaire de votre assurance vie.

Le paiement correspond à 50 % du montant d'assurance vie pour lequel vous êtes couvert mais ne peut dépasser 25 000 \$. Le montant versé tient immédiatement compte de toute réduction de protection devant survenir au cours des 24 mois suivant la date de la demande.

À votre décès, le montant qui sera payable au bénéficiaire désigné de votre assurance vie sera réduit du montant du paiement anticipé auquel on aura ajouté l'intérêt selon un taux annuel de 10 %.

### **Restriction liée au suicide**

Si vous vous donnez la mort avant d'être protégé par une assurance vie additionnelle collective depuis 12 mois, SSQ remboursera les primes perçues pour l'assurance vie additionnelle que vous avez versées à SSQ en lieu et place du montant d'assurance. Cette disposition est valable, que vous ayez été sain d'esprit ou non au moment du suicide.

Si vous augmentez votre protection d'assurance vie additionnelle, cette période de douze (12) mois s'appliquera à nouveau à compter de la date à laquelle le montant supplémentaire d'assurance vie additionnelle est mis en vigueur. Cette disposition est valable pour le montant supplémentaire seulement.

La présente restriction s'applique également à toute protection d'assurance vie :

- à laquelle votre participation est facultative;
- dont le montant varie suivant votre choix;
- pour laquelle votre demande d'adhésion est complétée ou reçue par SSQ après le délai prévu au paragraphe « Date d'entrée en vigueur de l'assurance », à la section des dispositions générales.

### **Demandes de réclamation et preuves**

Le formulaire de réclamation de l'assurance vie est disponible auprès de l'administrateur de votre régime. La demande de réclamation et un certificat de décès doivent être soumis dans les douze (12) mois suivant la date du décès. SSQ se réserve le droit de demander des renseignements supplémentaires pour le traitement de la demande. Le défaut de transmettre la demande, le certificat de décès et les renseignements supplémentaires, le cas échéant, dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la réclamation pourvu que ces documents soient fournis à SSQ dès que possible. Cependant, aucun paiement ne sera effectué si la demande, le certificat de décès et les renseignements sont transmis plus de trois (3) ans après la date du décès.

### **Exclusions**

Cette assurance vie ne couvre pas :

- votre décès survenant lorsque vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- votre décès survenant lorsque vous participez activement à une émeute ou à une insurrection;
- votre décès résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile, déclarée ou non;
- votre décès survenant lorsque vous êtes membre actif des forces armées d'un pays.

### **Fin de la protection**

Cette protection d'assurance vie prendra fin à la date à laquelle vous atteindrez l'âge indiqué au Relevé de protections ou à la date la plus près sous *Cessation de votre régime d'assurance collective* de la section *Dispositions générales*.

### **Droit de conversion**

Si vous cessez d'être admissible à votre régime d'assurance vie collective, vous pouvez le transformer en une assurance vie individuelle sans devoir présenter de preuves d'assurabilité.

### **Conditions générales**

Si vous cessez votre emploi ou n'appartenez plus au groupe assuré par cette police, vous pouvez transformer votre assurance vie collective en une assurance vie individuelle « entière » ou « temporaire jusqu'à 65 ans ».

**- Montant**

Vous pouvez transformer un montant égal ou inférieur à celui prévu par votre assurance vie collective. Toutefois, tout montant d'assurance vie prévu par un autre contrat d'assurance collective auquel vous devenez admissible au moment de bénéficier de votre droit de conversion sera déduit de ce montant.

Le montant d'assurance vie peut être transformé jusqu'à concurrence de 200 000 \$ si vous êtes âgé de moins de 65 ans à la date d'entrée en vigueur de la police d'assurance vie individuelle. Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, le montant maximal d'assurance vie qui peut être transformé est de 25 000 \$.

**- Prime**

La prime d'assurance vie individuelle est établie à partir des taux en vigueur, compte tenu de votre âge, de votre sexe, de votre emploi et du lieu de votre résidence. La prime de la première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

**- Comment transformer votre assurance vie collective**

Pour transformer votre assurance vie collective en une assurance vie individuelle, vous devez, dans les trente et un (31) jours suivant la fin de votre assurance :

- en faire la demande par écrit au siège social de SSQ; et
- verser la première prime au siège social de SSQ.

**- Entrée en vigueur**

Votre assurance vie individuelle entrera en vigueur à la fin de la période de 31 jours mentionnée au paragraphe précédent.

Si vous décédez dans les trente et un (31) jours suivant la fin de votre assurance vie collective, le montant payable est celui que vous auriez eu le droit de transformer.

**Restrictions**

L'assurance vie individuelle ne prévoit pas de droit d'exonération des primes en cas d'invalidité.

Si vous n'êtes plus admissible à l'assurance à cause de la cessation ou de la modification de l'assurance vie collective et qu'elle n'est pas remplacée, vous devez avoir été protégé par la présente assurance pendant au moins cinq (5) ans pour bénéficier du droit de conversion.

Si la police terminée est remplacée par une autre police collective dans un délai de cent quatre-vingt (180) jours, la police individuelle émise se terminera au moment où vous devenez admissible à cette autre police collective.

Si vous n'êtes plus admissible à votre assurance parce que vous vous êtes engagé dans les forces actives de l'armée d'un pays, vous ne pouvez transformer votre assurance vie.

Si vous avez déjà exercé votre droit de conversion, vous pouvez convertir la différence entre le montant que vous pouvez transformer en vertu de la présente protection et celui d'une assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur du droit de conversion.



## ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

### (ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT ET DE SON CONJOINT) (Détails)

(SSQ Groupe financier)

Cette assurance vous permet à vous et votre conjoint d'augmenter votre niveau de protection grâce à une assurance additionnelle.

#### Montant de la protection

La protection suivante est offerte :

Assurance vie additionnelle du participant : Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Assurance vie additionnelle du conjoint : Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Taux mensuels d'assurance vie additionnelle  
(par tranche de 1 000 \$ de protection)

Groupe d'âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
Moins de 19	\$0.07	\$0.06	\$0.04	\$0.02
20 à 24	\$0.07	\$0.06	\$0.04	\$0.02
25 à 29	\$0.07	\$0.06	\$0.04	\$0.02
30 à 34	\$0.09	\$0.06	\$0.06	\$0.03
35 à 39	\$0.13	\$0.07	\$0.10	\$0.06
40 à 44	\$0.22	\$0.11	\$0.18	\$0.09
45 à 49	\$0.46	\$0.20	\$0.32	\$0.14
50 à 54	\$0.90	\$0.35	\$0.57	\$0.22
55 à 59	\$1.69	\$0.62	\$0.98	\$0.41
60 à 64	\$2.40	\$0.90	\$1.20	\$0.55

Les taux sont basés sur l'âge du participant et si la personne assurée (participant ou conjoint) fume ou non.

SSQ Groupe financier doit approuver la preuve d'assurabilité requise relativement à la protection d'assurance vie additionnelle.

L'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint prend fin au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

#### Restriction liée au suicide

Si un assuré se suicide, alors qu'il est sain d'esprit ou non, après avoir pris une assurance depuis moins de 12 mois, aucun montant d'assurance vie additionnelle ne lui sera versé. SSQ remboursera toutefois les primes payées.

**Exonération des primes d'assurance vie additionnelle en cas d'invalidité complète**

Si vous devenez totalement invalide (conformément à la définition de SSQ d'invalidité complète) pendant que vous êtes assuré, votre assurance vie additionnelle se poursuivra sans le paiement des primes jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant. L'exonération des primes entre en vigueur après que vous ayez été invalide de façon continue pendant 6 mois. Veuillez consulter l'administrateur de votre régime pour obtenir de l'aide si vous désirez demander l'exonération des primes.

Si votre prime d'assurance vie du participant est exonérée parce que vous êtes totalement invalide (conformément à la définition de SSQ d'invalidité complète) pendant que vous êtes assuré, votre prime d'assurance vie additionnelle sera également exonérée jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Veuillez vous reporter à la section *Assurance vie du participant* pour obtenir plus de détails.

**Droit de conversion**

Si votre assurance vie additionnelle cesse ou est réduite, vous pouvez la transformer en une police individuelle sans devoir fournir de preuve médicale. SSQ doit toutefois recevoir votre demande et votre première prime mensuelle dans les 31 jours suivant la perte de l'assurance vie additionnelle. Veuillez consulter l'administrateur de votre régime pour obtenir plus de détails.

## DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTEL S (Détails) (American Home Assurance Company)

Le régime de base d'assurance décès ou mutilation accidentels vous protège 24 heures sur 24, partout dans le monde, contre toute perte accidentelle survenant au travail ou ailleurs. Lorsqu'une blessure corporelle provenant d'un accident et causant, directement et indépendamment de toute autre cause, l'une ou l'autre des pertes ci-dessous dans les 365 jours suite à la date d'un accident, la compagnie paiera les prestations indiquées ci-dessous.

### Montant de l'assurance

Le montant d'assurance est précisé au **Relevé de protections**.

Le **capital assuré** signifie le montant de l'assurance.

### Liste des pertes

Perte de la vie .....	Le capital assuré
Perte des deux mains.....	Le capital assuré
Perte 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 oeil .....	Le capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un oeil .....	Le capital assuré
Perte d'un bras .....	Les trois quarts du capital assuré
Perte d'une jambe .....	Les trois quarts du capital assuré
Perte d'une main .....	Les deux tiers du capital assuré
Perte d'un pied .....	Les deux tiers du capital assuré
Perte de la vue complète d'un oeil.....	Les deux tiers du capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	Le tiers du capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe.....	Le capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe.....	Les deux tiers du capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille .....	Le sixième du capital assuré
Quadriplégie.....	Deux fois le capital assuré
(paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs)	
Paraplégie .....	Deux fois le capital assuré
(paralysie complète des membres inférieurs)	
Hémiplégie .....	Deux fois le capital assuré
(paralysie complète des membres inférieurs d'un côté du corps)	
Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	Le capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou un pied.....	Les deux tiers du capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	Les trois quarts du capital assuré
Perte des quatre doigts d'une main .....	Le tiers du capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied.....	Le huitième du capital assuré

On entend par « perte » la paralysie complète et irréversible des membres concernés, dans le cas de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie; l'amputation totale, au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville, dans le cas des mains et des pieds, l'amputation totale, au niveau ou au-dessus du coude ou du genou, dans le cas des bras et des jambes, l'amputation totale, au niveau ou au-dessus de la première phalange, dans le cas du pouce et de l'index; l'amputation totale, au niveau ou au-dessus de la première phalange des quatre doigts d'une main; l'amputation totale des deux phalanges, dans le cas des orteils d'un pied; et la perte totale et irrémédiable de la vue, dans le cas d'un oeil.

On entend par « perte de la parole », la perte totale et irrémédiable de l'habileté d'émettre des sons intelligibles et, dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'entendre des deux oreilles.

On entend par « perte d'usage », la perte totale et irrémédiable de l'usage du membre concerné pourvu que la perte soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu'elle soit considérée permanente.

Toute demande de réclamation soumise en vertu de la présente police relativement à une perte de l'usage doit être certifiée d'un commun accord par un médecin autorisé nommé par le titulaire de la police et par un médecin autorisé nommé par la compagnie d'assurance. Advenant que les deux médecins ne puissent pas en arriver à un accord, un troisième médecin autorisé sera choisi par les deux premiers. La décision majoritaire des trois médecins sera exécutoire et liera le titulaire de la police et la compagnie d'assurance. La compagnie d'assurance peut, à sa seule discrétion, exonérer quelqu'un de cette procédure.

En aucun cas, les prestations prévues dans la présente section ne sont payables pour plus d'un sinistre si la personne assurée subit plusieurs pertes par suite d'un (1) même accident, seule la prestation la plus élevée lui sera versée.

### **Exposition et disparition**

Si une personne assurée, en raison d'un accident couvert par la police, est exposée aux éléments de façon inévitable et, de ce fait, subit une perte lui donnant droit à une prestation prévue ailleurs dans le présent contrat, cette perte sera protégée en vertu des conditions de la police.

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, l'atterrissage d'urgence, l'échouement, le naufrage ou l'écrasement d'un moyen de transport dans lequel cette personne voyageait, il sera alors présumé, sous réserve de toutes les autres conditions et dispositions de la police, que la personne assurée a perdu la vie au sens de la police.

### **Désignation du bénéficiaire**

En cas de décès accidentel, les prestations seront payables au bénéficiaire désigné par la personne assurée au régime d'assurance vie collective en vigueur ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

Toutes les autres prestations seront payables à la personne assurée.

### **Rapatriement**

Si vous décédez accidentellement à l'extérieur de 200 km de votre lieu de résidence permanent, la compagnie remboursera les frais engagés, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour préparer et ramener le corps de la personne décédée à son lieu de résidence.

### **Rééducation**

Si vous subissez une blessure énumérée dans la Liste des pertes, ce régime paiera jusqu'à 10 000 \$ pour l'entraînement spécial, pourvu que cet entraînement soit nécessaire suite aux blessures subies, et que l'assuré se qualifie pour un autre emploi pour lequel il n'aurait pas été embauché, n'eût été de l'accident. Ces dépenses doivent être effectuées dans les trois années suivant la date de l'accident et se limitent à l'entraînement et au matériel nécessaire.

### **Transport d'un membre de la famille immédiate**

Si, par suite de blessures couvertes par la police, la personne assurée est confinée, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, à un hôpital situé à plus de 200 km de son lieu de résidence permanent et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate, la compagnie assume les coûts réels de déplacement engagés par le membre de la famille immédiate et ce, par le trajet le plus direct par un transporteur public courant dûment certifié, pour se rendre à un hôtel à proximité de l'hôpital au chevet de la personne assurée, ainsi que le transport entre l'hôtel et l'hôpital jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Le terme « Membre de la famille immédiate » de la personne assurée signifie le conjoint (ou conjoint de fait) les parents, les grands-parents, les enfants âgés de plus de 18 ans, les frères et les soeurs.

### **Droit de conversion**

Vous pouvez transformer votre assurance en une assurance individuelle de l'American Home Assurance Company à la date de cessation d'emploi ou durant la période de 60 jours suivant la cessation d'emploi. La police individuelle entrera en vigueur à la date de réception de la demande par la compagnie d'assurance ou à la date de cessation de la protection de la police, soit à la dernière de ces dates. Les primes seront les mêmes que celles que vous paieriez habituellement si vous souscriviez à une police individuelle au moment de la conversion. On peut faire parvenir une demande de souscription à une police individuelle à toute succursale de l'American Home Assurance Company. Le montant d'assurance converti ne doit pas dépasser celui de l'assurance durant l'emploi.

### **Adaptation de la résidence et du véhicule**

Si une personne assurée reçoit un montant selon la Liste des pertes, et devait par la suite (en raison de la cause pour laquelle une prestation a été versée selon la Liste des pertes) avoir besoin d'un fauteuil roulant pour ses déplacements, l'assureur s'engage à lui rembourser sur présentation des pièces justificatives :

- A) le coût unique des travaux d'aménagement pour permettre l'accès d'un fauteuil roulant à la résidence principale de la personne blessée et la rendre habitable; et
- B) le coût unique pour les modifications apportées au véhicule automobile de la personne blessée pour rendre le véhicule accessible et pouvant être conduit par la personne assurée.

Ce montant ne sera versé que si :

- i) les modifications apportées à la résidence sont effectuées au nom de la personne assurée et par une personne qualifiée pour de telles modifications et recommandée par un organisme reconnu fournissant aide et soutien aux personnes en fauteuil roulant; et
- ii) les modifications apportées au véhicule sont effectuées au nom de la personne assurée par une personne qualifiée pour de telles modifications qui doivent être approuvées par le bureau des véhicules de la province.

Le montant maximal payable en vertu des paragraphes A. et B. combinés est de 10 000 \$.

### **Frais de garde**

Si des prestations deviennent payables pour le décès accidentel d'un employé assuré, l'assureur s'engage à verser le moindre des montants suivants :

- a) les frais réels de garde annuels exigés par une garderie, ou
- b) 3 % du capital assuré, ou
- c) 5 000 \$ par année.

Pour être admissible, l'enfant à la charge de la personne assurée doit être âgé de moins de 13 ans au moment du décès accidentel et être inscrit à une garderie dûment autorisée au moment du décès ou dans les 90 jours qui suivent.

Les prestations sont payables annuellement pour une période maximale de quatre années consécutives pourvu que l'enfant à la charge de la personne assurée continue d'être inscrit à une garderie autorisée.

### **Ceinture de sécurité**

Les prestations aux personnes assurées sont majorées de 10 % lorsque la perte subie par la personne assurée survient alors qu'elle se trouvait à bord d'une automobile privée, soit à titre de conducteur ou de passager, et qu'elle portait sa ceinture de sécurité. Le port effectif de la ceinture doit être attesté dans le rapport officiel de l'accident ou certifié par l'agent enquêteur.

### **Exonération des primes**

Si une personne assurée devient totalement invalide de façon permanente et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police, les primes exigibles sont exonérées à la date à laquelle la demande d'exonération est acceptée et approuvée par l'assureur de la police d'assurance vie collective, jusqu'au premier des événements suivants :

- a) la date où la personne assurée atteint 65 ans;
- b) la date du décès ou de la guérison de la personne assurée; ou
- c) la date de cessation de ce contrat-cadre.

### **Prestations d'éducation**

Lorsqu'à la suite du décès accidentel d'un employé assuré, des prestations sont payables conformément

aux conditions contractuelles, l'assureur s'engage à :

- 1- Verser pour chaque enfant à charge inscrit à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur au moment de l'accident, le moindre des montants suivants :
  - a) Frais de scolarité annuels, à l'exclusion des frais d'hébergement et de subsistance chargés par un tel établissement par année scolaire;
  - b) 5 000 \$ par année scolaire; ou
  - c) 5 % du capital assuré de la personne assurée.

Ce montant est payable annuellement pour une période maximale de quatre années consécutives pourvu que l'enfant à charge poursuive ses études.

Par « **enfant à charge** », on entend un enfant célibataire de moins de 26 ans qui est à la charge de l'employé assuré pour au moins 50 % de son soutien et de sa subsistance.

« **Établissement d'enseignement supérieur** » comprend mais ne se limite pas à toute université, collège privé ou école de métiers.

- 2 - Un montant additionnel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, peut également être versé au conjoint survivant, ou en son nom, dans les 30 mois suivant la date du décès de l'employé assuré pour couvrir les frais d'inscription à tout programme de formation nécessaire afin d'obtenir une source indépendante de revenu.

### **Prolongation de la protection**

Dans le cas où des employés du titulaire de la police sont absents du travail en raison 1) d'une mise à pied temporaire, 2) d'une invalidité de courte durée, 3) d'un congé autorisé, ou 4) d'un congé de maternité, leur protection est prolongée de douze (12) mois, sous réserve du paiement des primes.

Si un employé du titulaire de la police occupe d'autres fonctions rémunérées pendant cette période d'absence du travail, il n'a droit à aucune prestation à l'égard de toute perte subie dans l'exercice de ces autres fonctions.

### **Prestations en cas d'hospitalisation**

Si par suite d'une blessure entraînant une perte couverte par cette police, une personne assurée est hospitalisée pendant au moins cinq (5) jours consécutifs, l'assureur s'engage à verser :

- a) des prestations mensuelles correspondant à un pour cent (1 %) du capital assuré applicable à la personne assurée; ou
- (b) des prestations quotidiennes correspondant à un trentième (1/30) des prestations mensuelles susmentionnées si la période d'hospitalisation est de moins d'un (1) mois.

Les prestations sont rétroactives au premier jour d'hospitalisation.

Cette protection est restreinte à :

- a) une somme mensuelle maximale de mille dollars (1 000 \$); et
- b) un total de douze (12) mois consécutifs à l'égard de tout accident couvert.

Les séjours successifs à l'hôpital pour une perte résultant d'un même accident sont considérés comme une seule période d'hospitalisation pourvu qu'ils surviennent à l'intérieur d'une même période de moins de trois (3) mois.

Par « **hôpital** » on entend un établissement répondant à tous les critères suivants :

- 1) possède un permis d'hôpital (si un tel permis constitue une exigence légale provinciale);
- 2) s'occupe essentiellement d'accueillir, de soigner et de traiter, en clinique interne, des personnes malades, blessées ou en convalescence;
- 3) offre des services de garde, 24 heures sur 24, par des infirmières et infirmiers diplômés;
- 4) compte en tout temps sur les services d'au moins un médecin diplômé;
- 5) possède des installations expressément conçues afin de poser des diagnostics et d'effectuer des interventions chirurgicales importantes;
- 6) n'est pas essentiellement une clinique, une maison de santé, de retraite, de convalescence ou autre établissement semblable ni un établissement pour alcooliques ou toxicomanes, sauf pour des cas occasionnels.

### **Exclusions**

Le régime d'assurance décès accidentels ne couvre pas les décès dûs :

- au suicide ou à l'auto-mutilation;
- au service à plein temps au sein des forces armées;
- à une guerre, déclarée ou non, ou à tout acte de guerre;
- aux blessures subies durant un déplacement en avion, sauf aux fins de transport où le membre voyage à titre de passager.

La présente description vous donne un résumé des principales caractéristiques du régime qui est couvert par les conditions du contrat d'assurance émis par l'American Home Assurance Company.



## ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (Détails) (SSQ Groupe financier)

### NOTE :

Pour plus de clarté, certains termes utilisés dans ce texte, incluant l'invalidité, la récurrence d'invalidité et le salaire, sont expliqués dans la section Définitions au début de ce guide.

### Portée

SSQ s'engage à vous payer des prestations hebdomadaires si vous devenez invalide. Pour être admissible à ces prestations, votre assurance invalidité de courte durée doit être en vigueur au début de votre invalidité.

Un seul délai de carence et une seule durée maximale de versement des prestations s'appliquent pour la même invalidité.

*SSQ effectuera le premier versement de prestations hebdomadaires une (1) semaine après la fin du délai de carence. Par la suite, le versement est effectué de semaine en semaine si votre invalidité se poursuit.*

### Calcul des prestations hebdomadaires

Le montant des prestations hebdomadaires est déterminé selon les paramètres prévus au *Relevé de protections* en vigueur à la date du début de votre invalidité et selon les modalités exprimées à la section ci-dessous *Prestations et revenus provenant d'autres sources*.

Durant votre invalidité, si vous changez de salaire ou de catégorie d'employés ou si des modifications sont apportées à votre police d'assurance collective, le montant des prestations ne sera pas modifié.

### ***Prestations et revenus provenant d'autres sources***

Vos prestations seront réduites de 100 % de tout revenu et autres prestations qui vous sont payables en vertu des sources suivantes :

- toute rémunération reçue de votre employeur;
- prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- prestations payables en vertu de toute loi relative à un accident automobile;
- prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- prestations parentales, de maternité ou de congé pour motifs familiaux payables en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*.

De plus, le total des revenus et des prestations qui vous sont payables, provenant des autres sources énumérées ci-dessous, ne peut en aucun temps excéder 85 % du salaire hebdomadaire net payable au début de l'invalidité. Si tel est le cas, les prestations sont réduites de l'excédent.

Les revenus et les prestations provenant des sources suivantes sont pris en compte.

- les prestations payables en vertu de cette assurance invalidité de courte durée;
- toute rémunération reçue de votre employeur;
- les prestations liées à votre invalidité payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, de toute loi relative à un accident automobile ou une protection similaire, de toute loi sociale autre que la

- Loi sur l'assurance-emploi*, du régime de retraite de votre employeur, de toute police d'assurance collective;
- les prestations parentales, de maternité ou de congé pour motifs familiaux payables en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*;
  - les revenus de retraite provenant du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
  - les revenus de retraite provenant du régime de retraite de votre employeur.

Le calcul des prestations ne tient pas compte de l'indexation des prestations ou des revenus de retraite payables par ces différentes sources ou par la présente protection à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

Tous les revenus et prestations utilisés pour le calcul sont les montants payables avant déduction des impôts applicables, le cas échéant.

Lorsque ces revenus ou ces prestations sont versés sous forme de montant forfaitaire, SSQ transforme le montant forfaitaire en son équivalent hebdomadaire.

Si vous ne recevez pas de revenus ou de prestations de l'une des sources susmentionnées, vous devez faire la preuve à SSQ que vous n'y avez pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels vous auriez droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de votre employeur.

### **Prise en charge de l'invalidité**

#### ***Retour progressif au travail***

Si vous êtes invalide, vous pouvez effectuer un retour progressif au travail si :

- votre état répond aux critères énoncés à la définition d'invalidité dans la section *Définitions*;
- la période d'invalidité qui précède votre retour progressif au travail dure trente (30) jours ou plus; et
- votre retour progressif au travail est approuvé par SSQ.

Dans ce cas, vos prestations d'assurance invalidité de courte durée seront réduites d'un pourcentage égal à la proportion que représente la période de travail effectuée par rapport à la période normale de travail.

#### ***Refus de subir un examen ou de recevoir un traitement médical***

Pour recevoir des prestations, vous devez accepter de subir tout examen ou de recevoir tout traitement susceptible de favoriser votre retour à la santé, à la satisfaction de SSQ.

Sinon, SSQ suspend ou termine le paiement des prestations jusqu'à la date à laquelle vous démontrez que vous avez subi l'examen ou que vous recevez le traitement pertinent.

#### ***Réadaptation***

Lorsque SSQ et ses conseillers médicaux le considèrent justifié, vous devrez participer à un programme de réadaptation supervisé par SSQ et visant à favoriser votre retour au travail.

Si SSQ et ses conseillers médicaux le jugent raisonnable et justifié, le programme de réadaptation peut être modifié ou interrompu.

SSQ analysera votre dossier afin de déterminer quel programme de réadaptation, s'il y a lieu, vous

conviendrait le mieux. Si votre dossier indique qu'une réadaptation serait bénéfique, SSQ vous fournira les ressources et l'encadrement nécessaires pour que vous recouvriez la santé et votre autonomie fonctionnelle vous permettant de retourner au travail.

Le programme de réadaptation propose une gamme de solutions, dont :

- des services de consultation psychologique;
- des services d'un conseiller en emploi;
- l'adaptation de votre poste de travail, de vos tâches ou de votre horaire.

La rémunération que vous recevez durant la réadaptation ne réduira pas vos prestations d'invalidité de courte durée à moins que cette rémunération ainsi que les autres revenus ou prestations décrits sous *Prestations et revenus provenant d'autres sources* excèdent 100 % de votre revenu hebdomadaire net avant invalidité.

### **Restrictions**

**En cas de récurrence**, vous disposez de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la récurrence pour fournir à SSQ des preuves satisfaisantes. À défaut de produire ces preuves dans les 90 jours, vous ne pourrez retirer des prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la date de la récurrence, vous ne serez admissible à aucune prestation.

**En cas de refus de paiement ou de cessation des prestations**, vous disposerez de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'avis écrit de SSQ à cet effet pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la prolongation de votre invalidité ou pour faire réviser votre dossier. À défaut de produire ces preuves dans les 90 jours, vous ne pourrez retirer des prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la date de l'avis écrit de SSQ, vous ne serez admissible à aucune prestation.

**En cas de cessation de votre protection d'invalidité de courte durée**, vous devez faire parvenir au siège social de SSQ, au plus tard six (6) mois après la date du début de l'invalidité, les preuves écrites :

- de l'accident dont vous avez été victime ou de la maladie dont vous êtes atteint; et
- de la prolongation de votre invalidité.

À défaut de fournir ces preuves dans le délai prévu, vous ne pourrez retirer de prestations.

### **Demandes de réclamation, preuves et examens médicaux**

Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la fin du délai de carence, vous devez faire parvenir au siège social de SSQ votre demande de réclamation ainsi que des preuves écrites de votre invalidité. À défaut de produire votre demande ou les preuves dans les délais prévus, vous ne pourrez retirer de prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la fin du délai de carence, vous ne serez admissible à aucune prestation.

Vous devez soumettre votre demande de réclamation ainsi qu'une preuve écrite de votre invalidité au siège social de SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence. Le délai de carence commence le premier jour où vous êtes incapable d'accomplir les fonctions principales de votre travail habituel.

Vous devez avoir consulté et être traité par votre médecin dans les 7 jours suivant votre premier jour d'absence au travail en raison de votre invalidité sinon le délai de carence ne commencera qu'à compter du jour de votre première visite chez votre médecin.

Par la suite, lors du traitement de votre demande de réclamation ou durant le paiement des prestations, vous devrez nous faire parvenir toutes les preuves supplémentaires de votre invalidité que SSQ pourrait demander. À défaut de nous fournir ces preuves supplémentaires ou de vous soumettre à un examen médical dans les 90 jours suivant la demande de SSQ, votre demande de réclamation sera refusée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

#### **Interruption de travail**

##### ***Congé sans solde, suspension, congé de maternité, congé parental et congé pour motifs familiaux***

Si vous devenez invalide au cours d'un congé sans solde, d'une suspension, d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé pour motifs familiaux, vous serez admissible à des prestations selon les conditions de la police alors en vigueur au début de votre invalidité. Vous devez cependant avoir maintenu en vigueur votre protection d'assurance invalidité de courte durée. Le délai de carence ne commencera qu'à la date de votre retour au travail.

##### ***Mise à pied temporaire***

Si vous devenez invalide **avant** la date à laquelle vous recevez un avis de mise à pied temporaire, vous serez admissible à des prestations. Par contre, si vous devenez invalide **après** la date de l'avis de mise à pied temporaire, les prestations cesseront le jour de la mise à pied.

Si vous devenez invalide **pendant** la période de mise à pied, vous ne pouvez recevoir des prestations.

##### ***Congédiement***

Si vous devenez invalide après la date à laquelle vous recevez un avis de congédiement, les prestations cesseront le jour du congédiement.

##### ***Grève ou lock-out***

Si vous êtes invalide au moment où une grève ou un lock-out commence, vous pourrez recevoir des prestations selon les conditions en vigueur au début de votre invalidité.

Si vous devenez invalide pendant une grève ou un lock-out, vous pourrez recevoir des prestations selon les conditions de la police alors en vigueur à condition que vous ayez maintenu votre protection d'assurance invalidité de courte durée en vigueur durant la grève ou le lock-out. Toutefois, le délai de carence ne commencera qu'à la date de rappel au travail.

##### ***Contrat de travail à durée déterminée***

Si vous devenez invalide au cours de la période d'emploi, vous serez admissible à des prestations selon les conditions alors en vigueur. Toutefois, les prestations cesseront à la date à laquelle le contrat de travail prend fin.

L'arrêt des prestations d'invalidité de courte durée ne vous prive pas du droit de recevoir, le cas échéant, des prestations d'invalidité de longue durée.

## Exclusions

Vous n'êtes pas protégé si vous devenez invalide :

- alors que vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- alors que vous participez activement à une émeute ou à une insurrection;
- directement ou indirectement à cause d'une guerre ou d'une guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
- pendant que vous êtes engagé comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- et que vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si vous vous trouvez dans un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- à cause de blessures que vous vous êtes intentionnellement causées, que vous ayez alors été conscient ou non de vos actes;
- survenant à la suite de traitements esthétiques;
- et que vous refusez de subir un examen médical à la demande de SSQ;
- et que vous occupez une fonction ou effectuez un travail vous rapportant un salaire ou un profit quelconque (sauf pour ce qui est prévu aux paragraphes *Retour progressif sur le marché du travail* et *Réadaptation*);
- et que vous refusez de participer à un programme de réadaptation à la demande de SSQ.

## Comment réclamer des prestations d'assurance invalidité de courte durée

Vous pouvez effectuer une demande de réclamation en remplissant le formulaire « Demande de réclamation d'assurance invalidité » que vous pouvez obtenir auprès de l'administrateur de votre régime collectif ou de SourceSanté Plus. Veuillez indiquer votre numéro de certificat ainsi que votre numéro de téléphone sur les demandes de réclamation et les envoyer à SourceSanté Plus à l'adresse suivante :

Toronto  
220 Route Duncan Mill  
Suite 315  
Toronto (Ontario)  
M3B 3J5

Montréal  
100, boul. Alexis-Nihon  
Bureau 955  
Saint-Laurent (Québec)  
H4M 2P5

Pour plus d'information ou pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone ou par télécopieur aux numéros suivants :

Téléphone : 416 445-0000  
Ligne (sans frais) 1 800 753-0110  
Télécopieur : 416 445-2222

514 331-7728  
1 877 331-7728  
514 331-6486

## ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (Détails) (SSQ Groupe financier)

### NOTE :

Pour plus de clarté, certains termes utilisés dans ce texte, incluant l'invalidité, la récurrence d'invalidité et le salaire, sont expliqués dans la section Définitions au début de ce guide.

### Portée

SSQ s'engage à vous payer une prestation mensuelle si vous êtes en état d'invalidité. Pour être admissible à cette prestation, votre assurance invalidité de longue durée doit être en vigueur au début de votre invalidité.

Ces prestations mensuelles continueront de vous être versées pendant la durée de votre invalidité sans dépasser la date de votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Un seul délai de carence et une seule durée maximale de versement des prestations s'appliquent pour une même invalidité.

SSQ effectuera le premier versement de prestations mensuelles un (1) mois après la fin du délai de carence. Par la suite, le versement est effectué de mois en mois si votre invalidité se poursuit.

### **Calcul des prestations mensuelles**

Le montant des prestations mensuelles est déterminé selon les paramètres prévus au *Relevé de protections* en vigueur à la date du début de votre invalidité et selon les modalités exprimées à la section ci-dessous *Prestations et revenus provenant d'autres sources*.

Durant votre invalidité si vous changez de salaire ou de catégorie d'employés ou si des modifications sont apportées à votre police d'assurance collective, le montant des prestations ne sera pas modifié.

### **Prestations et revenus provenant d'autres sources**

Vos prestations seront réduites de 100 % de tout revenu et autres prestations qui vous sont payables en vertu des sources suivantes :

- toute rémunération reçue de votre employeur;
- prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- prestations payables en vertu de toute loi relative à un accident automobile;
- prestations parentales, de maternité ou de congé pour motifs familiaux payables en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*.

De plus, le total des revenus et des prestations qui vous sont payables provenant d'autres sources énumérées ci-dessous ne peut en aucun temps excéder 85 % du salaire mensuel net payable au début de l'invalidité. Si tel est le cas, les prestations seront réduites de l'excédent.

Les revenus et les prestations provenant des sources suivantes sont pris en compte.

- les prestations payables en vertu de cette assurance invalidité de longue durée;
- toute rémunération reçue de votre employeur;

- les prestations liées à votre invalidité payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, de toute loi relative à un accident automobile ou une protection similaire, de toute loi sociale autre que la *Loi sur l'assurance-emploi*, du régime de retraite de votre employeur, de toute police d'assurance collective;
- les prestations parentales, de maternité ou de congé pour motifs familiaux payables en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*;
- les revenus de retraite provenant du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- les revenus de retraite provenant du régime de retraite de votre employeur.

Le calcul des prestations ne tient pas compte de l'indexation des prestations ou des revenus de retraite payables par ces différentes sources ou par la présente protection à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

Tous les revenus et prestations utilisés pour le calcul sont les montants payables avant déduction des impôts applicables, le cas échéant.

Lorsque ces revenus ou ces prestations sont versés sous forme de montant forfaitaire, SSQ transforme le montant forfaitaire en son équivalent mensuel.

Si vous ne recevez pas de revenus ou de prestations de l'une des sources susmentionnées, vous devez faire la preuve à SSQ que vous n'y avez pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels vous auriez droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de votre employeur.

## **Prise en charge de l'invalidité**

### ***Service de résolution des problèmes***

*Note : Votre conjoint et les enfants à votre charge, s'il y a lieu, sont également protégés pour ce service.*

En cas de problèmes personnels pouvant affecter votre équilibre psychologique et entraver vos activités quotidiennes, SSQ vous fournira un service d'aide de consultation, d'orientation et d'intervention en cas :

- de difficultés de relations de couple ou familiales;
- de difficultés reliées au travail;
- de difficultés personnelles telles que perte d'intérêt, fatigue, stress, insomnies et problèmes de communication;
- d'abus d'alcool, de drogues ou de médicaments.

Ces services sont limités globalement à un maximum de douze (12) heures par année de consultation pour vous, votre conjoint et les enfants à votre charge, s'il y a lieu.



### ***Dispositions particulières applicables lors du décès du participant***

Si vous décédez, les services prévus par cette protection seront maintenus en vigueur pour votre conjoint et les enfants à votre charge, jusqu'à la fin du troisième mois suivant la date de votre décès, jusqu'à concurrence des maximums prévus par cette protection.

### **Demandes de réclamation, preuves et examens médicaux**

Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la fin du délai de carence, vous devez faire parvenir votre demande de réclamation et des preuves écrites de votre invalidité. À défaut de produire votre demande ou les preuves dans les délais prévus, vous ne pourrez retirer des prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la fin du délai de carence, vous ne serez admissible à aucune prestation.

Dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence, vous devez faire parvenir au siège social de SSQ votre demande de réclamation ainsi que des preuves écrites de votre invalidité. Le délai de carence commence le premier jour où vous êtes incapable d'accomplir les fonctions principales de votre travail habituel.

Par la suite, lors du traitement de votre demande de réclamation ou durant le paiement de prestations, vous devrez nous faire parvenir toutes les preuves supplémentaires de votre invalidité que SSQ pourrait demander. À défaut de nous fournir ces preuves supplémentaires ou de vous soumettre à un examen médical dans les 90 jours suivant la demande de SSQ, la demande de réclamation sera refusée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

### ***Restrictions***

**En cas de récidive**, vous disposez de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la récidive pour fournir à SSQ des preuves satisfaisantes. À défaut de produire ces preuves dans les 90 jours, vous ne pourrez retirer de prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la date de la récidive, vous ne serez admissible à aucune prestation.

**En cas de refus de paiement ou de cessation de prestations**, vous disposez de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'avis écrit de SSQ à cet effet pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la prolongation de votre invalidité ou pour faire réviser votre dossier. À défaut de produire ces preuves dans les 90 jours, vous ne pourrez retirer de prestations pour la période précédant la date de leur réception par SSQ. De plus, si vous soumettez des preuves à SSQ plus de douze (12) mois après la date de l'avis écrit de SSQ, vous ne serez admissible à aucune prestation.

**En cas de cessation de cette protection d'invalidité de longue durée**, vous devez faire parvenir au siège social de SSQ, au plus tard six (6) mois après la date du début de l'invalidité, des preuves écrites :

- de l'accident dont vous avez été victime ou de la maladie dont vous êtes atteint; et
- de la prolongation de votre invalidité.

À défaut de fournir ces preuves dans le délai prévu, vous ne pourrez retirer de prestations.

### ***Retour progressif au travail***

Si vous êtes invalide, vous pouvez effectuer un retour progressif au travail si :

- votre invalidité répond aux critères énoncés à la définition d'invalidité de la section *Définitions*;
- la période d'invalidité qui précède votre retour progressif au travail dure trente (30) jours ou plus; et
- votre retour progressif au travail est approuvé par SSQ.

Dans ce cas, vos prestations d'assurance invalidité de longue durée seront réduites d'un pourcentage égal à la proportion que représente la période de travail effectuée par rapport à la période normale de travail.

### ***Refus de subir un examen ou de recevoir un traitement***

Pour recevoir des prestations, vous devez accepter de subir tout examen ou de recevoir tout traitement susceptible de favoriser votre retour à la santé à la satisfaction de SSQ.

Sinon, SSQ suspend ou termine le paiement des prestations jusqu'à la date à laquelle vous démontrez que vous avez subi l'examen ou que vous recevez le traitement pertinent.

### ***Réadaptation***

Lorsque SSQ et ses conseillers médicaux le considèrent justifié, vous devrez participer à un programme de réadaptation supervisé par SSQ et visant à favoriser votre retour au travail.

Si SSQ et ses conseillers médicaux le jugent raisonnable et justifié, le programme de réadaptation peut être modifié ou interrompu.

SSQ analysera votre dossier afin de déterminer quel programme de réadaptation, s'il y a lieu, vous conviendrait le mieux. Si votre dossier indique qu'une réadaptation serait bénéfique, SSQ vous fournira les ressources et l'encadrement nécessaires pour que vous recouvriez la santé et votre autonomie fonctionnelle vous permettant de retourner au travail.

Le programme de réadaptation propose une gamme de solutions, dont :

- des services de consultation psychologique;
- des services d'un conseiller en emploi;
- l'adaptation de votre poste de travail, de vos tâches ou de votre horaire.

La rémunération que vous recevez durant la réadaptation ne réduira pas vos prestations d'invalidité de longue durée à moins que cette rémunération ainsi que les autres revenus ou prestations décrits sous *Prestations et revenus provenant d'autres sources* excèdent 100 % de votre revenu mensuel net avant invalidité.

## Interruption de travail

### *Congé sans solde, suspension, congé de maternité, congé parental ou congé pour motifs familiaux*

Si vous devenez invalide au cours d'un congé sans solde, d'une suspension, d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé pour motifs familiaux, vous êtes admissible à des prestations selon les conditions de la police alors en vigueur. Vous devez cependant avoir maintenu en vigueur votre protection d'assurance invalidité de longue durée. Le délai de carence commence à la date de votre retour au travail.

### *Mise à pied temporaire*

Si vous devenez invalide **avant** la date à laquelle vous recevez un avis de mise à pied temporaire, vous serez admissible à des prestations. Par contre, si vous devenez invalide **après** la date de l'avis de mise à pied temporaire, les prestations cesseront le jour de la mise à pied.

Si vous devenez invalide **pendant** la période de mise à pied, vous ne pouvez recevoir des prestations.

### *Congédiement*

Si vous devenez invalide après la date à laquelle vous recevez un avis de congédiement, les prestations cesseront le jour du congédiement.

### *Grève ou lock-out*

Si vous êtes invalide au moment où une grève ou un lock-out commence, vous demeurerez admissible à recevoir des prestations selon les conditions en vigueur au début de votre invalidité.

Si vous devenez invalide pendant une grève ou un lock-out, vous serez admissible à recevoir des prestations selon les conditions de la police alors en vigueur à condition que, durant la grève ou le lock-out, vous ayez maintenu votre protection d'assurance invalidité de longue durée en vigueur. Toutefois, le délai de carence commence à la date de rappel au travail.

## Exonération des primes

Lorsque vous êtes invalide depuis x mois, vous pouvez être exonéré de vos primes d'assurance invalidité de longue durée, c'est-à-dire que vous n'avez pas à payer de prime rétroactivement à la date de début de votre invalidité, et ce, tant qu'elle durera.

Pour ce faire, vous devez effectuer une demande d'exonération des primes par écrit à SSQ. Vous disposez des 90 jours suivant la date de début de votre droit à l'exonération pour effectuer votre demande.

Si vous ne présentez pas votre demande dans les délais prévus, vous ne pouvez être exonéré de vos primes pour la période antérieure à la date de réception par SSQ de votre demande.

## Pluralité des protections d'assurance invalidité

Vous pouvez être assuré à la fois pour une protection d'assurance invalidité de courte durée et par une protection d'assurance invalidité de longue durée. Dans ce cas, aucune prestation ne peut être versée en vertu de la protection d'assurance invalidité de longue durée tant que vous avez droit aux prestations versées en vertu de la protection d'assurance invalidité de courte durée.

## Montant forfaitaire payable au décès

Si vous décédez alors que vous êtes invalide, un montant forfaitaire équivalent à trois (3) mois d'prestations \$ sera versé à votre succession. Le montant forfaitaire est calculé en fonction du montant du dernier paiement effectué.

## Exclusions

Vous n'êtes pas protégé si vous devenez invalide :

- alors que vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- alors que vous participez activement à une émeute ou à une insurrection;
- directement ou indirectement à cause d'une guerre ou d'une guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
- pendant que vous êtes engagé comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- et que vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si vous vous trouvez dans un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- à cause de blessures que vous vous êtes intentionnellement infligées, que vous ayez alors été conscient ou non de vos actes;
- survenant à la suite de traitements esthétiques;
- et que vous refusez de subir un examen médical à la demande de SSQ;
- et que vous occupez une fonction ou effectuez un travail vous rapportant un salaire ou un profit quelconque (sauf pour ce qui est prévu aux paragraphes *Retour progressif au travail* et *Réadaptation*);
- et que vous refusez de participer à un programme de réadaptation à la demande de SSQ.

## Comment réclamer des prestations d'assurance invalidité de longue durée

Vous pouvez effectuer une demande de réclamation en remplissant le formulaire « Demande de réclamation d'assurance invalidité » que vous pouvez obtenir auprès de l'administrateur de votre régime collectif ou de SourceSanté Plus. Veuillez indiquer votre numéro de certificat ainsi que votre numéro de téléphone sur les demandes de réclamation et les envoyer à SourceSanté Plus à l'adresse suivante :

Toronto  
220 Route Duncan Mill  
Suite 315  
Toronto (Ontario)  
M3B 3J5

Montréal  
100, boul. Alexis-Nihon  
Bureau 955  
Saint-Laurent (Québec)  
H4M 2P5

Pour plus d'information ou pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone ou par télécopieur aux numéros suivants :

Téléphone : 416 445-0000  
Ligne (sans frais) 1 800 753-0110  
Télécopieur : 416 445-2222

514 331-7728  
1 877 331-7728  
514 331-6486

## **ASSURANCE MALADIE ET VOYAGE AVEC ASSISTANCE (Détails)** (SSQ Groupe financier)

**Pour demander de l'assistance ou effectuer une réclamation, communiquez avec la société CanAssistance à l'un des numéros ci-dessous :**

**Au Canada et aux États-Unis : 1 866 438-5498**

**Ailleurs dans le monde : 418 651-2266 (à frais virés)**

### **Admissibilité**

Pour être admissible à l'assurance voyage avec assistance, vous, votre conjoint ou les enfants à votre charge, le cas échéant, devez être protégés par le programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de votre province et ce, tout au long de votre séjour à l'extérieur de votre province de résidence.

### **Portée**

SSQ paiera les frais admissibles si l'assuré décède, est victime d'un accident ou est atteint d'une maladie subite ou inattendue alors qu'il est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence.

Les frais payables correspondent à la portion qui n'est pas couverte par le régime public d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de votre province de résidence.

### **Maladie subite et inattendue**

Si l'assuré est déjà atteint d'une maladie ou d'une affection connue, vous devez vous assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable ;
- qu'il 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 du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour que l'assuré soit protégé, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

SSQ recommande fortement à l'assuré de communiquer avec CanAssistance, la firme d'assistance voyage, quelques semaines avant le départ, si relativement à la maladie ou l'affection :

- les symptômes se sont aggravés;
- une rechute ou une récurrence s'est produite;
- l'état est instable;
- la maladie ou l'affection est en phase terminale d'évolution;
- la maladie ou l'affection est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.

CanAssistance pourra vous fournir des précisions sur la signification de l'expression maladie subite et inattendue et vous indiquer si la protection s'applique ou non à votre situation, ou à celle de votre conjoint ou des enfants à votre charge, le cas échéant.

## Conditions

Les frais sont admissibles dans la mesure où :

- la situation nécessite des soins d'urgence;
- ils sont jugés usuels, raisonnables et nécessaires;
- ils s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par un médecin et considérés comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

## Frais admissibles

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par assuré pour la durée d'un séjour à l'étranger. Les frais admissibles sont les suivants :

### **Hospitalisation**

Hospitalisation dans un hôpital où l'assuré reçoit un traitement curatif.

### **Honoraires professionnels**

Honoraires des professionnels de la santé suivants :

#### ***Médecin***

Honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires.

#### ***Infirmier***

Honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital lorsque de tels soins sont nécessaires d'un point de vue médical et prescrits par un médecin.

Le remboursement maximal est de 5 000 \$. L'infirmier ne doit pas être parent de l'assuré, ni être son compagnon de voyage.

#### ***Chiropraticien, podiatre ou physiothérapeute***

Honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

#### ***Chirurgien dentiste***

Honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré.

Les frais doivent être engagés dans les douze (12) mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de l'assuré dans sa province de résidence.

Le remboursement maximal est de 1 000 \$ par accident.

### ***Médicaments***

Médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance médicale.

### ***Transport***

Les frais de transport suivants :

### ***Ambulance***

Frais de transport en ambulance par un service d'ambulance autorisé en direction de l'hôpital le plus proche.

### ***Rapatriement de l'assuré***

Frais de rapatriement de l'assuré vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate. Les frais de transport pour conduire l'assuré jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles.

Les prestations sont limitées au coût le plus bas pouvant être obtenu selon l'évaluation de SSQ ou de CanAssistance, compte tenu de l'état de l'assuré. Les frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ ou CanAssistance.

### ***Transport d'une escorte médicale en avion***

Coût du transport aérien d'une escorte médicale. La présence de l'escorte médicale doit être exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de l'assuré. SSQ paie le coût de l'aller et du retour de l'escorte médicale en classe économique.

Les frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ ou CanAssistance. L'escorte médicale ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré ni être un compagnon de voyage.

### ***Transport d'un proche parent***

Coût de l'hébergement et des repas dans un établissement commercial ainsi que coût du transport d'un proche parent, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'hôpital où l'assuré séjourne depuis au moins sept (7) jours. Le transport d'un proche parent qui doit identifier le corps de l'assuré décédé est également couvert.

Le trajet peut s'effectuer en autobus, en train ou en avion, selon le moyen le plus économique. Les personnes suivantes sont considérées comme proche parent : le conjoint, le fils ou la fille, le père ou la mère, le frère ou la sœur de l'assuré.

Un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales confirmant la nécessité de la visite doit être présenté.

Le remboursement maximal par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées est le suivant :

- pour le transport : 2 500 \$;
- pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour jusqu'à concurrence de 1 600 \$.

Les frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ ou CanAssistance.

### ***Transport du corps de l'assuré en cas de décès***

Frais engagés pour la préparation et le retour du corps de l'assuré par la route la plus directe pour se rendre au point de départ au Canada. Le remboursement maximal est de 5 000 \$. Les frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ ou CanAssistance. Le coût du cercueil n'est pas couvert.

### ***Retour du véhicule personnel ou du véhicule de location***

Coût du retour du véhicule personnel de l'assuré vers sa résidence ou du véhicule loué par l'assuré vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche.



Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. L'assuré doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure. Il doit présenter un certificat médical produit par le médecin traitant à cet effet. Les frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ ou CanAssistance. Le remboursement maximal est de 1 000 \$.

#### ***Fournitures, examens et autres frais***

Les frais engagés pour les fournitures et services suivants sont également couverts :

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

#### ***Frais de subsistance***

Frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial engagés par l'assuré parce qu'il 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 immédiate qui l'accompagne. L'hospitalisation doit durer au moins vingt-quatre (24) heures. Le remboursement maximal est de 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 1 600 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées.

#### ***Assistance voyage***

Votre assurance couvre les services d'assistance voyage. Ces services ne sont pas disponibles dans tous les pays et peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la protection de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, dans la mesure du possible, de payer les coûts initiaux;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport de l'assuré aussitôt que c'est médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- si nécessaire, prendre les dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet de l'assuré ou pour identifier un assuré décédé ou coordonner son rapatriement;
- si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- servir d'interprète pour les appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave. Les honoraires d'avocat ne sont pas couverts.

#### **Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non disponibles dans la province de résidence**

Pour être admissibles, l'assuré, son conjoint et les enfants à sa charge, s'il y a lieu, doivent être protégés par le régime gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province de résidence.

L'ensemble des frais couverts engagés à l'extérieur de la province de résidence sont remboursés jusqu'à concurrence de 10 000 \$. Cependant, pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des soins :

- non disponibles dans la province de résidence de l'assuré;
- prescrits par un médecin.

Les soins doivent être préalablement autorisés par le régime gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré de même que par SSQ.

SSQ rembourse la différence entre les frais subis et les prestations payables par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré au Canada ou par tout autre régime public ayant conclu une entente avec le gouvernement de la province de résidence au Canada.

Votre assurance couvre :

- l'hospitalisation dans un hôpital où l'assuré reçoit un traitement curatif;
- les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que pour des soins dentaires;
- les frais de transport et d'hébergement engagés par l'assuré lors de traitements médicaux reçus dans le cadre de la présente clause;
- les frais de médicaments, de radiographies et d'analyses de laboratoire.

#### **Coordination et réduction des prestations**

Les prestations payables en vertu de votre protection d'assurance voyage sont réduites du montant de toute autre prestation similaire payable en vertu de tout autre contrat d'assurance. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres clauses de votre protection d'assurance maladie, les prestations sont payables en vertu de la clause d'assurance voyage.

#### **Restriction**

Les frais pour soins médicaux prolongés, traitements ou chirurgies supplémentaires que l'assuré choisit de recevoir alors que la preuve médicale révèle qu'il aurait pu retourner dans sa province de résidence pour les obtenir, ne sont pas couverts.

#### **Exclusions spécifiques à l'assurance voyage avec assistance**

L'assurance voyage avec assistance ne couvre pas :

- les frais engagés à la suite du refus de l'assuré d'être rapatrié dans sa province de résidence à la demande de SSQ;

- les frais engagés par l'assuré 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 services offerts dans la province de résidence de l'assuré 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 l'assuré;
- les frais engagés dans un pays où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner.  
La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où le gouvernement du Canada émet une recommandation de ne pas y séjourner, pour autant qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;
- les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime public d'assurance;
- les frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent;
- les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir une consultation, un traitement médical ou des soins hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public ne sont pas admissibles. Les frais engagés pour un assuré qui se trouve dans une maison de soins prolongés ou une station thermale ne sont pas admissibles;
- les frais engagés lorsque l'assuré commet ou tente de commettre un acte criminel;
- les frais résultant de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool ainsi que des conditions qui s'ensuivent;
- les frais relatifs à une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, à un suicide ou une tentative de suicide, et ce, qu'il ait alors été sain d'esprit ou non. Seuls les frais engagés pour la préparation et le retour du corps de l'assuré sont admissibles;
- les frais résultant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, bungee, parachutisme ou toute autre activité du même genre, alpinisme, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicule motorisé ainsi que toute activité sportive comportant une rémunération;
- les frais relatifs à une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

#### **Comment effectuer une demande de réclamation**

Pour effectuer une demande de réclamation ou demander de l'assistance, l'assuré doit communiquer avec CanAssistance à l'un des numéros suivants :

Au Canada et aux États-Unis : 1 866 438-5498

Ailleurs dans le monde : 418 651-2266 (à frais virés)

Avant d'effectuer une demande de réclamation auprès de SSQ, l'assuré doit présenter sa demande aux organismes gouvernementaux dont les programmes remboursent certains frais. SSQ ne peut rembourser les frais hospitaliers ou médicaux que lorsque ces organismes gouvernementaux ont terminé l'étude de la demande de l'assuré et lui ont versé des prestations, s'il y a lieu.

En plus de vérifier votre admissibilité à des prestations versées par le régime d'assurance maladie de votre province de résidence, CanAssistance vous fournira les formulaires à remplir et vous indiquera quelles pièces justificatives fournir.

## **ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (Détails)** (SSQ Groupe financier)

**Pour effectuer une réclamation, veuillez communiquer avec CanAssistance à l'un des numéros suivants :**

**Au Canada et aux États-Unis : 1 866 438-5498**

**Ailleurs dans le monde : 418 651-2266 (à frais virés)**

### **Portée**

Si vous, votre conjoint, les enfants à votre charge, s'il y a lieu, devez annuler ou interrompre un voyage, SSQ vous remboursera les frais admissibles engagés dans la mesure où :

- les frais ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré;
- au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

SSQ remboursera les frais jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré par voyage.

### **Causes d'annulation admissibles**

Pour faire l'objet d'un remboursement, le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- une maladie ou un accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, son associé en affaires ou un membre de sa famille. La maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- votre décès ou celui de l'une des personnes suivantes :  
votre conjoint, votre enfant ou l'enfant de votre conjoint;  
un membre de la famille de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré autre que les personnes énumérées au point précédent, de même que le compagnon de voyage ou l'associé en affaires de l'assuré. Les funérailles doivent avoir lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les quatorze (14) jours qui la précèdent;
- le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;
- le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré;
- le décès d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage. La personne convoquée doit avoir entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Une convocation ou assignation à comparaître n'est pas considérée comme admissible aux fins d'annulation ou d'interruption lorsque la personne concernée :

- intente une poursuite; ou

- est une partie poursuivie;
- la mise en quarantaine de l'assuré. La mise en quarantaine doit se terminer sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produire au cours de la période de voyage;
- le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- un sinistre qui rend la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination inhabitable. La résidence doit toujours être inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre a lieu pendant la période de voyage;
- la mutation de l'assuré pour le même employeur à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel. La mutation doit être exigée par l'employeur dans les trente (30) jours précédant la date prévue du départ;
- le terrorisme, la guerre, déclarée ou non, ou une épidémie dans le pays où l'assuré doit se rendre. Le gouvernement du Canada doit avoir émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant le voyage projeté. Cette recommandation doit avoir été émise après que l'assuré ait finalisé les arrangements relatifs au voyage;
- le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté.

Le moyen de transport utilisé doit prévoir une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure du départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres.

Le retard doit être causé par des conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route. Ces deux dernières causes doivent être appuyées par un rapport de police.

- des conditions atmosphériques telles que :
  - le départ du transporteur public utilisé par l'assuré au point de départ du voyage projeté soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
  - après le départ, l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur. La correspondance prévue après le départ doit être retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- un sinistre survenant à l'établissement commercial ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;
- le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle l'assuré avait pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial.

Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.

## Frais admissibles

### *Annulation avant le départ*

En cas d'annulation avant le départ, votre assurance couvre :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées à la disposition Causes d'annulation admissibles et que l'assuré décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % des frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

### *Départ manqué*

Si un départ est manqué à cause du moyen de transport utilisé par l'assuré ou si, après le départ, le voyage est interrompu temporairement à cause d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, votre assurance couvre le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.

### **Retour anticipé ou retardé**

En cas de retour anticipé ou retardé, votre assurance couvre :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le retour jusqu'au point de départ, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne pourrait être utilisé, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le retour de l'assuré jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec SSQ.

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

### **Restriction**

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

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont admissibles, pourvu qu'avant la date du début du voyage, il ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

### ***Transport aller et retour***

Votre assurance couvre les frais de transport par le moyen le plus économique pour que l'assuré retourne dans sa province de résidence et pour qu'il retourne à l'endroit où il était en voyage dans la mesure où le retour est attribuable à l'une des causes suivantes :

- le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont il est le tuteur ou d'une personne dont il est le liquidateur testamentaire;
- un sinistre ayant rendu la résidence principale de l'assuré inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

### **Coordination et réduction des prestations**

Les prestations payables en vertu de l'assurance annulation de voyage sont réduites des prestations similaires payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres clauses de votre protection d'assurance maladie, les prestations sont payables en vertu de la clause d'assurance voyage.

### **Restrictions**

En cas d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur dans un délai maximal de 48 heures ou, s'il s'agit d'un jour férié, le premier jour ouvrable suivant. SSQ doit en être avisée au même moment.

La responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Toutefois, cette restriction ne s'applique pas si l'assuré et son conjoint démontrent, à la satisfaction de SSQ, qu'ils étaient dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire. La responsabilité de SSQ est alors limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

### **Exclusions spécifiques à l'assurance annulation de voyage**

La présente clause ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, si le gouvernement du Canada recommande de ne pas séjourner dans le pays;  
Cette exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et que le gouvernement du Canada recommande par la suite de quitter le pays. L'assuré doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter le pays dans les meilleurs délais;
- la participation active de l'assuré à une émeute ou à une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré;
- l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, qu'il soit alors sain d'esprit ou non;

Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont admissibles;



- la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, bungee, parachutisme ou toute autre activité du même genre, la pratique de l'alpinisme, de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicule motorisé ou à toute activité sportive comportant une rémunération;
- la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;
- un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

### **Comment effectuer une demande de réclamation**

Pour effectuer une demande de réclamation, l'assuré doit communiquer avec CanAssistance à l'un des numéros suivants :

Au Canada et aux États-Unis : 1 866 438-5498

Ailleurs dans le monde : 418 651-2266 (à frais virés)

Lors de la demande de réclamation, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- les titres de transport inutilisés;
- les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'une firme accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur doivent nous être transmis;
- les documents officiels attestant la cause de l'annulation :  
Si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant dans la localité où la maladie ou l'accident est survenu. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- tout autre rapport exigé par SSQ permettant de justifier la demande de réclamation de l'assuré.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (Détails)** (Protection administrée par SecurIndemnité)

**Veillez vous reporter au Relevé de protections pour connaître les franchises et les pourcentages**

Le client doit payer les frais raisonnables et conformes aux usages dans la région géographique où la demande est effectuée, pour les services, fournitures et équipements énumérés ci-dessous quand les services, fournitures et équipements sont :

- demandés par un médecin ou tout autre fournisseur de soins de santé. Un médecin signifie un docteur en médecine qui est légalement qualifié à pratiquer la médecine ou la chirurgie et a l'autorisation d'un collège approprié appartenant à la juridiction où ses services sont rendus. Un fournisseur de soins de santé est défini comme étant un praticien licencié, certifié, enregistré ou diplômé possédant une licence pour pratiquer dans la juridiction où les services sont rendus;
- des services définis comme médicalement nécessaires comme des services, équipements ou fournitures en rapport avec le diagnostic et le traitement de l'affection médicale et en conformité avec les standards de bonne pratique médicale. La demande, la recommandation ou l'approbation du médecin ne rend pas le service nécessaire médicalement;
- non couverts ou non admissibles pour protection par un quelconque programme ou régime d'état;
- sous réserve de toutes les limitations, exclusions, et limites maximales de prestations et de toute franchise ou tout pourcentage spécifié dans la proposition initiale applicables;
- engagés pendant que vous êtes admissibles à cette protection.

Tel qu'utilisé dans cette section et à moins d'indication contraire spécifique à cet effet, par période de protection on entend : par année civile.

## SERVICES PARAMÉDICAUX

Services fournis par les praticiens paramédicaux licenciés, certifiés ou enregistrés suivants, fournissant des services qui entrent dans le domaine d'application de leur profession.

**Notes :** Les dépenses admissibles sont limitées à une visite professionnelle par jour pour chaque catégorie de praticien. Le paiement peut être effectué sur les demandes au premier dollar, excluant les provinces où le régime d'assurance maladie provincial l'interdit par la loi. Les examens à l'aide de rayons X effectués par un chiropraticien licencié, un ostéopathe, un podologue et un podiatre sont admissibles et sont inclus dans le maximum de la protection.

- **Chiropraticien\***  
Montant maximal de prestation de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Massothérapeute**  
Montant maximal de prestation de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Naturopathe\***  
Montant maximal de prestation combinée de 300 \$ par année civile par personne assurée.  
Exclusions : Les frais d'homéopathie de même que les suppléments et médicaments homéopathiques ne sont pas couverts.
- **Orthophoniste**  
Montant maximal de prestation de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Ostéopathe\***  
Montant maximal de prestation de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Physiothérapeute**  
illimitée
- **Podologue/Podiatre\***  
Montant maximal de prestation combinée de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Psychologue clinicien**  
Montant maximal de prestation de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- **Diéticien**  
Montant maximal de prestation de 350 \$ par année civile par personne assurée

**\*plus 50 \$ pour les radiographies**

### **RÉPARATIONS DENTAIRES SUITE À UN ACCIDENT**

Les frais de services d'un fournisseur dentaire autorisé pour les réparations ou les remplacements de dents saines naturelles quand ils sont causés par une force externe ou par un coup au visage. Les services rendus doivent se faire dans les douze (12) mois suivant la date de l'accident.

**Note :** La pré-autorisation de Sécurité Indemnité est requise.

### **SERVICE D'AMBULANCE**

Les frais de service d'ambulance routier au plus proche hôpital ou autre installation médicale pouvant fournir les soins requis.

**Note :** Le transport d'urgence par air, rail ou eau peut être considéré. Des restrictions peuvent s'appliquer. Seuls les frais pour les montants non assurés seront considérés.

### **SOINS DE CONVALESCENCE**

Frais de chambre de convalescence fournie à la personne assurée qui reçoit actuellement un traitement actif ou une réadaptation pour un état de santé qui peut s'améliorer de façon significative résultant de soins de convalescence.

Montant maximal de 20 \$ par jour jusqu'à cent-vingt (120) jours par personne assurée par incapacité et suivant immédiatement trois (3) jours ou plus d'hospitalisation de courte durée.

**Exclusions :** Frais de chambre pour les soins de maladie chronique, soins d'infirmier, maison pour personnes âgées, abus d'alcool et toxicomanie et santé mentale.

### **SERVICES DE DIAGNOSTIC**

Les diagnostics en laboratoire et les procédures de radiographies qui sont définis comme des tests de diagnostic du sang, de l'urine ou d'autres fluides et tissus corporels et les examens radiographiques effectués dans la province de résidence de la personne assurée sont couverts quand cette protection n'est pas offerte par le régime d'état provincial.

### **EXAMENS DE LA VUE**

Maximum d'un (1) examen par personne assurée par période de vingt-quatre mois

**Note :** Effectué par un ophtalmologiste ou optométriste autorisé.

### **AIDE AUDITIVE**

L'achat d'une ou de nouvelles aides auditives ou la réparation d'aides auditives existantes. Montant maximal de prestation de 400 \$ par période de soixante (60) mois consécutifs par personne assurée.

**Note :** La recommandation d'un médecin ou d'un audiologiste est requise pour l'achat d'une aide auditive. Les maximums du programme provincial d'aide de locomotion seront considérés là où ils sont applicables.

**Exclusions :** Les examens auditifs, les piles et les moules d'oreille ne sont pas couverts.

## **ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICAUX**

*Les équipements et fournitures médicaux suivants sont couverts quand ils sont prescrits par un médecin. De tels équipements doivent être requis pour un usage thérapeutique. La protection s'applique aux fournitures et à l'équipement disponibles sur une base de location, cependant à la discrétion de SécuritéIndemnité, nous pouvons considérer le coût de l'achat de l'équipement ou des fournitures. Une pré-autorisation peut être requise pour un équipement spécifique.*

**Note :** Les maximums du programme provincial d'aide à la locomotion seront considérés là où ils sont applicables.

**Exclusions :** la protection pour les équipements médicaux n'inclut pas les frais pour l'entretien des équipements médicaux loués ou achetés. Les coûts de location ne doivent pas excéder le coût d'achat.

### **Dispositif d'assistance respiratoire**

- Machine à pression positive continue (CPAP)  
Maximum d'une (1) durant la vie par personne assurée.  
**Exclusions :** Les fournitures sont exclues.
- Respirateur à pression positive intermittente (IPPB)  
Maximum d'une (1) durant la vie par personne assurée.  
**Exclusions :** Les fournitures sont exclues.
- Moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires
- Tentes d'embruns et pulvérisateur
- Oxygène et l'équipement utilisé pour son administration
- Tubes de trachéostomie

### **Équipement orthopédique**

- Appareils orthopédiques  
**Note :** Les appareils orthopédiques peuvent être portés et doivent être faits de matériel rigide ou semi-rigide tel que le métal ou le plastique dur pour maintenir les parties du corps dans la bonne position.  
**Exclusions :** Les supports élastiques, les orthétiques du pied et les appareils dentaires ne sont pas considérés comme des appareils orthopédiques.
- Attelles : incluant les attelles attachées aux appareils orthopédiques  
**Exclusions :** Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes.
- Plâtres
- Collets cervicaux

### **Équipement prothétique**

- Prothèses mammaires externes  
Maximum d'une (1) par année civile, par personne assurée.  
**Note :** Requise en cas de mastectomie totale ou radicale.
- Membres artificiels courants  
**Exclusions :** Prothèses myoélectriques.
- Oeil artificiel incluant réparation et remplacement
- Bonnets couvre-moignons
- Harnais

### **Assistance aux déplacements**

- Fauteuil roulant normal, ou quand c'est requis médicalement, fauteuil roulant électrique.  
Montant maximal de prestation de 3 000 \$ tous les soixante (60) mois consécutifs par personne assurée.  
**Note** : Une pré-autorisation de Sécurité Indemnité est requise.
- Cannes
- Béquilles
- Cadres de marche

### **Autre équipement médical**

- Glucomètres  
Maximum une fois tous les quarante-huit (48) mois consécutifs par personne assurée.
- Perfuseuses d'insuline  
**Exclusions** : pompes d'infusion d'insuline.
- Dispositif intra-utérin  
**Note** : doit être placé par un médecin.
- *Lits d'hôpital standard*  
**Exclusion** : *Lits d'hôpital électriques.*
- Soutien-gorge chirurgical  
Maximum de deux (2) par année civile, par personne assurée.  
**Note** : Après une mastectomie.
- Bas de contention et bas de compression.  
Maximum de quatre (4) paires par année civile, par personne assurée.
- Neurostimulation transcutanée pour le contrôle de la douleur chronique (appareil NSTC ou TENS).  
Montant maximal de 700 \$ durant la vie par personne assurée.
- Perruques  
Montant maximal de 200 \$ durant la vie par personne assurée.  
**Note** : Pour les patients cancéreux sous chimiothérapie.
- Côtés de lit
- Fournitures de colostomie et d'iléostomie
- Vêtements élastiques pour brûlures faits sur mesure
- Supports de compression faits sur mesure pour lymphoedème
- Licous
- Appareils de traction
- Perroquets
- Sondes

### **ORTHÈSES PODIATRIQUES**

Des moules d'orthèses. Montant maximal de prestation de 400 \$ par année civile par personne assurée.

### **CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES SUR MESURE**

Des chaussures orthopédiques faites sur mesure. Montant maximal de prestation de 400 \$ tous les trente-six (36) mois consécutifs par personne assurée.

### **CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES STANDARD ET MODIFICATIONS ORTHOPÉDIQUES**

Des chaussures orthopédiques ou la modification permanente de chaussures ordinaires. Les modifications apportées peuvent inclure la reconstitution des semelles, des sous-bouts, des talons compensés, des ferrures de la forme, des attelles, des étriers pour accommoder les appareils orthopédiques et les fermetures autoadhésives. Protection maximale combinée de 150 \$ par période de protection par personne assurée.

**Exclusions :** La protection de chaussures orthopédiques n'inclut pas les chaussures achetées seulement pour accommoder des orthèses podiatriques ou des chaussures de marche confortables telles que Berkenstock, Nike, Brooks, Rockport, etc.

### **\*\*Renseignements importants concernant les demandes de règlement pour des orthèses, des chaussures orthopédiques standard et des modifications orthopédiques\*\***

Des orthèses de pied, des chaussures orthopédiques faites sur mesure, des chaussures orthopédiques standard et des modifications orthopédiques peuvent être obtenues sur recommandation écrite d'un médecin (MD), podiatre (DPM) ou podologue (D CH ou D Pod M), accompagnée d'un diagnostic de l'état et des symptômes et d'une analyse de la démarche ou d'un examen biomécanique. Toutes les orthèses de pied, chaussures orthopédiques faites sur mesure, chaussures orthopédiques standard et modifications orthopédiques doivent être effectuées par un orthésiste (CO ou CPO(c)), podo-orthésiste (CPed(c) ou CPed(MC)), podiatre (DPM), podologue (D CH ou D Pd M) ou orthésiste du pied (membre de CCCOP). Le distributeur doit être un fournisseur différent du prescripteur.

Une description de la fabrication des orthèses ou des chaussures orthopédiques, ou des modifications apportées à des chaussures standard, et les matériaux utilisés, ainsi qu'une répartition des coûts doivent accompagner la demande de règlement. Le nom et le numéro de permis du distributeur doivent également être fournis

### **SOINS INFIRMIERS PRIVÉS**

Services d'un infirmier ou d'une infirmière autorisé, d'un infirmier auxiliaire autorisé, ou d'un infirmier-auxiliaire autorisé. Montant maximal de prestation de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Note :** Le fournisseur de soins infirmiers peut ne pas résider chez le participant ou être relié à la famille du participant. Les services doivent être déterminés comme médicalement nécessaires et doivent être rendus chez le participant. Les services rendus doivent requérir les compétences d'un infirmier ou d'une infirmière autorisé, d'un infirmier auxiliaire autorisé, ou d'un infirmier-auxiliaire autorisé. Les services doivent être pré-autorisés par Sécurité et une telle approbation est sujette à des réévaluations périodiques.

### **SERVICES DE SOINS DE LA VUE**

Lunettes et lentilles d'ordonnance, verres de contact d'ordonnance et chirurgie des yeux au laser  
Montant maximal de 120 \$ tous les vingt-quatre (24) mois consécutifs par personne assurée.

#### **Exclusions :**

- Réfractions requises par un client, un organisme d'État ou autre tierce partie.
- Lunettes de sécurité.
- Remplacement de lentilles ou de montures perdues, volées ou brisées.
- Lunettes de réserve ou en duplicata.
- Cristallin artificiel.
- Lunettes de soleil sans ordonnance.

### **SOINS DE LA VUE PARTICULIERS APRÈS CHIRURGIE**

Une paire de lunettes initiale et une (1) de lentilles correctives, de verres de contact ou de lentilles prothétiques après une opération de la cataracte

Maximum de un (1) par oeil durant la vie par personne assurée

**Note :** Cette prestation **tient lieu** de montures et de lentilles d'ordonnance, ou de verres de contact d'ordonnance

### **SOINS À L'HÔPITAL**

Des frais de chambre semi-privée standard fournie à une personne assurée dans un hôpital public autorisé.

**Note :** Le séjour à l'hôpital doit être pour des soins de courte durée en conséquence d'une maladie, blessure et/ou grossesse.

**Exclusions :** Frais de chambre pour des soins externes, chirurgie d'un jour, hôpital **privé**, maison de soins infirmiers, services dispensés aux malades chroniques, maison de retraite et maison de repos.



## Restrictions générales et exclusions de l'assurance maladie complémentaire

En plus des restrictions et des exclusions de ce régime, ainsi que celles contenues dans la description de ces prestations, l'assurance maladie complémentaire ne couvre pas les services, fournitures et équipements qui sont destinés principalement pour faciliter :

- les dépenses que les compagnies d'assurance privées ne sont pas autorisées à couvrir d'après la loi;
- les services ou fournitures que la personne peut prétendre recevoir sans frais d'après la loi ou pour lesquels les frais sont exigés parce que la personne a une assurance;
- les services et les fournitures qui ne représentent pas des traitements raisonnables;
- les services et fournitures associés avec des services rendus pour des raisons cosmétiques, des exercices, de perte de poids, de conditionnement physique ou des sports, de contrôle environnemental ou atmosphérique au domicile ou sur les lieux de travail;
- le diagnostic ou le traitement de la stérilité;
- les services et les fournitures associés aux articles couverts à moins d'être inscrits spécifiquement comme des dépenses couvertes;
- les fournitures médicales supplémentaires qui sont utilisées comme fournitures de réserve ou de rechange;
- les services ou fournitures reçus hors du Canada excepté s'ils sont fournis dans le cadre de soins d'urgence à l'extérieur du pays;
- les services couverts par toute commission de sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail à moins d'être interdits par toute législation gouvernementale;
- les services ou les fournitures non inscrits dans la liste des prestations incluse;
- les dépenses pour les services, les traitements ou les fournitures qui sont considérés comme expérimentaux en nature;
- toute dépense ou service fourni par un membre de la famille immédiate n'est pas admissible pour couverture ou paiement;
- les services de soins de santé ou les fournitures qui sont requis en raison d'une guerre, de terrorisme, de rébellion ou de n'importe quelle sorte d'hostilité, et que la personne couverte soit ou non un participant;
- les services de soins de santé ou fournitures qui sont requis suite à la participation dans une émeute ou des troubles publics;
- les services de soins de santé ou fournitures qui sont requis suite à des blessures auto-infligées.

## ASSURANCE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE (Détails)

### RÉGIME AG - RÉGIME DE MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES SUR ORDONNANCE

**Veillez vous reporter au Relevé de protections pour connaître les franchises et les pourcentages**

Ce régime couvre le coût des médicaments suivants :

- tous les médicaments qui par la loi ou une convention\* requièrent une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste;
- les fournitures d'insuline incluant les aiguilles, les lancettes, les seringues et les tests de diagnostic. Ceci exclut les cotons-tiges, l'alcool à friction, la solution de contrôle, etc.
- tout médicament injectable incluant les sérums, et les vitamines injectables;
- les préparations médicamenteuses faites par un pharmacien.

#### Exclusions

- Tout médicament qui peut être acheté sans ordonnance. Ceci exclut en plus les médicaments en vente libre (M.V.L.) prescrits ou non;
- les inducteurs de l'ovulation ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits pour un usage thérapeutique;
- les stéroïdes anabolisants ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits pour un usage thérapeutique;
- les produits de désaccoutumance au tabac ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits pour un usage thérapeutique;
- les articles réputés cosmétiques même s'ils requièrent une ordonnance de par la loi.

En plus, le régime exclut en partie :

- les vitamines (excepté les vitamines injectables);
- les vaccins
- les médicaments brevetés et les produits grand public;
- le matériel de premiers soins et chirurgical;
- les atomiseurs, vaporisateurs;
- les succédanés du sel et édulcorants de synthèse;
- le lait maternisé, les aliments diététiques et aides alimentaires;
- les produits pour le soin des verres de contact;
- les aides au diagnostic et les essais de laboratoire;
- les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux;
- les pastilles, rince-bouche, pâtes dentifrices et cosmétiques;
- les shampoings non médicamenteux, nettoyants pour la peau, crème protectrice pour la peau, émoullissants et savons;
- toute prestation déjà offerte par le régime d'État.

**Note** : Dans le cas d'un régime générique, le pharmacien sera remboursé au plus bas coût du médicament de substitut, tel que fourni par la liste provinciale des prestations pour médicaments.

Les exclusions susmentionnées s'appliquent en autant qu'elles n'ont pas pour effet d'exclure des frais qui selon la loi sont remboursables. Si tel est le cas, ces frais seront remboursés selon les modalités requises par la loi.

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Détails)

(Administrée par SecurIndemnité)

**Veillez vous référer au Relevé de protections pour connaître la franchise, les plafonds et les pourcentages.**

SécurIndemnité paiera le moindre des frais normaux et conformes aux usages locaux du dentiste ou du dentiste spécialiste des frais spécifiés dans le guide provincial des tarifs suggérés pour des actes dentaires quand ces actes dentaires sont :

- des actes nécessaires définis comme étant conformes avec le diagnostic et le traitement de l'état, ainsi qu'aux normes de bonne pratique dentaire;
- non couverts ou admissibles pour couverture dans un régime ou programme gouvernemental;
- sous réserve de toutes les restrictions applicables, exclusions et limites maximales de prestations et de franchise ou de coassurance spécifiée dans la proposition globale;
- engagés alors que vous êtes admissible en vertu de cette protection;
- fournis par un fournisseur de soins dentaires autorisé à pratiquer dans la province où les services sont rendus. Un fournisseur dentaire peut être un dentiste, un dentiste spécialiste ou un denturologiste.

Si l'option de tarif de spécialiste n'est pas incluse, les services rendus par un dentiste spécialiste seront payés selon le guide provincial des tarifs suggérés des dentistes généralistes.

Les tarifs des actes désignent les tarifs approuvés et publiés par l'association dentaire provinciale devant être utilisés comme stipulés dans la proposition globale. Quand le traitement hors du Canada est nécessaire, les tarifs approuvés utilisés doivent être les tarifs de la province de résidence où réside la personne assurée.

Si le traitement dentaire planifié est estimé dépasser 500 \$ ou plus, il est fortement recommandé que SecurIndemnité reçoive une prédétermination des prestations du fournisseur dentaire traitant. Cette prédétermination doit inclure une description du traitement proposé, un estimé des frais pour les services et les radiographies dentaires applicables. SecurIndemnité déterminera et confirmera le montant approuvé des prestations.

### NIVEAU 1

Les services de niveau 1 incluent le diagnostic, la prévention, les restaurations mineures, les chirurgies buccales mineures, seulement les visites de contrôle des prothèses dentaires et de la dentition et les services d'appoint.

**Les services de diagnostic sont des services pour diagnostiquer l'état de la dentition.**

Les services de diagnostic suivants sont couverts :

- examen complet  
Restriction : un (1) examen complet tous les trente-six (36) mois consécutifs.
- examen de rappel  
Restriction : un (1) examen de rappel tous les six (6) mois.

- examen spécifique  
Restriction : deux (2) examens spécifiques tous les douze (12) mois consécutifs.
- examen d'urgence  
Restriction : deux (2) examens d'urgence tous les douze (12) mois consécutifs.
- série complète de radiographies ou radiographie panoramique  
Restriction : une (1) série complète ou une radiographie panoramique tous les vingt-quatre (24) mois consécutifs.
- radiographies interproximales  
Restriction : une (1) tous les six (6) mois consécutifs.
- essais/analyses bactériologiques
- essais/analyses histopathologiques
- essais/analyses microbiologiques
- radiographies occlusales
- radiographies périapicales.

**Les services de prévention ont pour but de prévenir les problèmes dentaires.**

Les services de prévention suivants sont couverts :

- fluorure
- instructions d'hygiène buccale  
Restriction : une (1) fois à vie.
- Polissage  
Restriction : une (1) unité de polissage tous les six (6) mois
- détartrage/curetage du cément radiculaire  
Restriction : dix (10) unités par année civile
- meulage interproximal
- scellant pour puits et fissures
- mainteneur d'espace et entretien des mainteneurs d'espace

**Les services de restauration mineure concernent la réparation des dents.**

Les services de restauration mineure suivants sont couverts :

- restaurations en amalgame  
Restriction : restaurations en amalgame non collé. Les restaurations en amalgame lié sont payées au coût des restaurations en amalgame non collé.
- restaurations préfabriquées (couronnes préfabriquées)  
Restriction : Dents primaires seulement.
- restaurations des dents en résine
- carie/trauma/contrôle de la douleur
- pivots préfabriqués
- tenons de rétention

### **Services de chirurgie buccale mineure**

Les services de chirurgie buccale mineure suivants sont couverts :

- alvéoloplastie - simple
- chirurgie antrale
- extractions et ablations des racines résiduelles
- fractures
- frénectomie
- contrôle de l'hémorragie
- excision chirurgicale
- exposition chirurgicale
- incision chirurgicale
- traitement des glandes salivaires
- vestibuloplastie.

### **Les services d'entretien de couronne/pont/prothèse dentaire incluent les services de réparation des appareils prothétiques**

Les services d'entretien suivants sont couverts :

- rebasage des prothèses  
Restriction : une (1) par arcade tous les trente-six (36) mois consécutifs.
- regarnissage des prothèses  
Restriction : un (1) par arcade tous les trente-six (36) mois consécutifs.
- réparation de prothèse
- recimentation de couronnes/ponts
- réparation de couronnes/ponts.

### **Les services d'appoint sont les services qui ne sont classifiés nulle part ailleurs.**

Les services d'appoint suivants sont couverts :

- sédation profonde
- anesthésie générale
- oxyde nitreux
- oxyde nitreux avec sédation buccale
- sédation consciente parentérale
- injections thérapeutiques.

## NIVEAU 2

Les services de niveau 2 incluent l'endodontie et la parodontie.

### **Les services d'endodontie incluent le traitement de la chambre pulpaire de la dent.**

Les services d'endodontie suivants sont couverts :

- **thérapie canalaire**  
Restriction : thérapie canalaire initiale de routine. Les thérapies canalaires complexes sont réduites au coût de la thérapie canalaire de routine. Le retraitement d'un canal est couvert seulement si au moins trente-six (36) mois consécutifs se sont écoulés depuis la date de la thérapie canalaire initiale. Aucune protection pour les dents primaires.
- apexification
- apéctomie
- blanchiment de dent dévitalisée
- hémisection
- exérèse et réimplantation intentionnelle
- isolement de la dent traitée par endodontie
- ouverture et drainage
- pulpectomie
- pulpotomie
- obturation rétrograde
- amputation de la racine.

### **Les services de parodontie incluent le traitement du tissu supportant les dents.**

Les services de parodontie suivants sont couverts :

- appareils parodontaux et visite de contrôle  
Restriction : un (1) appareil par arcade tous les trente-six (36) mois consécutifs.
- prise en charge des maladies buccales
- équilibrage de l'occlusion
- abcès parodontal ou péri-coronite
- chirurgie parodontale - approche par lambeau - ostéoplastie
- chirurgie parodontale - approche par lambeau - défauts osseux
- chirurgie parodontale - curetage gingival
- chirurgie parodontale - gingivoplastie
- chirurgie parodontale - gingivectomie
- chirurgie parodontale - greffes - tissus mous
- wedge proximal.

### NIVEAU 3

Les services de niveau 3 incluent les restaurations majeures et les chirurgies buccales majeures.

#### Restauration majeure

Les services de restauration majeure suivants sont couverts :

- INLAYS/ONLAYS/COURONNES
  - inlays (incrustations) - métal, composite, porcelaine
  - onlay (recouvrements) - métal composite, porcelaine
  - examens prosthodontiques
  - couronnes en acrylique
  - couronnes en porcelaine/céramique
  - couronnes  $\frac{3}{4}$  en porcelaine/céramique
  - couronnes en métal coulé
  - couronnes  $\frac{3}{4}$  en métal coulé
  - aurification
  - corps coulés - amalgame et résine
  - modèles d'équilibrage
  - pivots, corps coulés, corps coulés avec tenons
  - tenons de rétention pour inlays, onlays et couronnes.
  
- PROTHÈSES
  - prothèses complètes  
Restriction : prothèses complètes régulières
  - modèle de prothèses partielles incluant prothèses partielles avec des crochets et/ou appuis
  - prothèses hybrides et prothèses complexes réduites au coût des prothèses régulières
  - prothèses partielles en acrylique incluant prothèses partielles avec crochets et/ou appuis
  
- PONTIQUES
  - pontique métal coulé
  - pontiques en porcelaine/céramique
  - attachements en acrylique
  - attachements en porcelaine/céramique
  - attachements en métal coulé
  - attachements  $\frac{3}{4}$  en métal coulé
  - attachements d'inlays en métal, en résine composite et porcelaine
  - attachements d'onlays en métal, en résine composite et porcelaine
  - tenons de rétention pour attachements des incrustations inlay/onlay

NOTE : fréquence de remplacement pour inlays, onlays, couronnes, ponts et prothèses tous les 60 mois.

### **Chirurgie majeure**

Les chirurgies buccales majeures suivantes sont couvertes :

- alvéoloplastie (qui n'est pas faite en conjonction avec des extractions)
- allongement de la couronne
- mandibulectomie
- maxillectomie
- reconstruction
- remodelage de la bouche
- séquestrectomie
- déplacement chirurgical de dent.

### **NIVEAU 4**

Les services de niveau 4 incluent les traitements d'orthodontie.

#### **Orthodontie**

Les services orthodontiques suivants sont couverts :

- radiographies céphalométriques
- photographies diagnostiques
- énucléation
- traitement complet d'orthodontie
- radiographies de main et de poignet
- interprétation d'autres sources
- paiements mensuels
- chirurgie buccale faite en conjonction avec l'orthodontie. Ces services seront évalués sur une base de cas par cas
- examens orthodontiques
- modèles orthodontiques
- exposition chirurgicale
- tracé et interprétation.



### **Restrictions générales et exclusions pour les prestations dentaires**

En plus des restrictions et des exclusions de ce régime, ainsi que celles contenues dans la description de ces prestations, l'assurance pour soins dentaires ne couvre pas ce qui suit :

- les frais encourus pour les services à but esthétique seulement, excepté pour les services orthodontiques quand de tels services sont inclus dans la liste des services orthodontiques du Relevé des prestations dentaires et que les services orthodontiques sont inclus dans ce régime;
- les frais pour des rendez-vous manqués ou annulés, pour les formulaires à remplir, pour les communications et tout autre service qui ne sont pas des traitements;
- les frais pour des services ou des fournitures qui ne sont pas des services dentaires nécessaires ou ne rencontrent pas les normes acceptées de pratique dentaire;
- les frais encourus pour cette protection qui sont aussi couverts par d'autres protections de ce régime;
- les frais professionnels d'un anesthésiste;
- le remplacement de prothèses ou d'appareils perdus, volés, ou brisés;
- les appareils de protection pour des besoins athlétiques;
- les implants ou tout service dentaire associé aux implants;
- les services couverts par la Commission de sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail à moins d'être interdits par toute législation gouvernementale.
- les services et fournitures qui ne figurent pas dans la liste d prestations incluse;
- les dépenses d prestations ou services fournis par un membre de la famille immédiate ne sont pas admissibles pour paiement ou couverture;
- les services dentaires ou fournitures qui sont la conséquence de guerre, de terrorisme, de rébellion ou de n'importe quelle sorte d'hostilité, et que la personne couverte soit ou non un participant;
- les services dentaires ou fournitures qui sont la conséquence de participation dans une émeute ou de troubles publics;
- les services dentaires ou fournitures qui sont dûs à des blessures auto-infligées.

## **Dispositions applicables à l'assurance maladie complémentaire, à l'assurance médicaments sur ordonnance et à l'assurance pour soins dentaires**

### **Coordination des prestations**

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes a émis un certain nombre de directives qui déterminent qui est le premier payeur quand les deux conjoints sont couverts par leur employeur respectif.

Si vous et votre conjoint êtes chacun protégés par un régime d'avantages sociaux, vous pouvez coordonner le remboursement de vos demandes de réclamation. La coordination des prestations vous permet de soumettre vos demandes de règlement aux deux régimes et d'obtenir un remboursement jusqu'à concurrence de 100 % du coût total des demandes de réclamation.

Vous et votre conjoint devez d'abord soumettre vos demandes de réclamation à votre propre régime collectif. Les demandes pour les enfants à charge devraient être soumises au régime du parent dont la date d'anniversaire est le plus tôt dans l'année civile.

La technologie d'aujourd'hui a permis à certains pharmaciens de soumettre électroniquement une seconde demande de coordination des prestations au point de service. Veuillez demander à votre pharmacien si cette option est disponible.

### **Délai de soumission des demandes de réclamation**

Nous vous suggérons d'effectuer vos demandes de règlement tous les trois (3) mois. Les demandes de réclamation encourues pendant que l'individu est protégé mais présentées plus de douze (12) mois après que les frais aient été engagés, ne seront pas remboursées. En cas de cessation de la protection, cette limite devient six (6) mois ou trois (3) mois en cas d'annulation du contrat.

Les factures acquittées et les reçus que vous nous envoyez ne vous seront pas retournés. Par conséquent, nous vous recommandons d'en conserver une copie.

### **Comment effectuer une demande de réclamation**

Médicaments et soins dentaires : peuvent être payés par carte de paiement direct ou envoyés au moyen d'un formulaire dûment rempli, accompagné des reçus originaux.

Soins de santé additionnels : peuvent être envoyés au moyen d'un formulaire dûment rempli accompagné des reçus originaux.

Vous pouvez vous procurer des formulaires de réclamation auprès de votre employeur ou sur notre site Web [www.healthsourceplus.com](http://www.healthsourceplus.com). Veuillez remplir le formulaire approprié et indiquer les renseignements suivants : le numéro de groupe, le numéro de certificat, votre adresse et votre numéro de téléphone. Envoyez le formulaire dûment rempli accompagné des reçus appropriés, des factures payées et des ordonnances médicales, s'il y a lieu, à l'adresse suivante :

ClaimSecure  
220 Elm St, Suite 200  
Sudbury (Ontario)  
P3C 1S4

Pour plus d'informations ou pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'un des numéros suivants :

SourceSanté Plus 416 445-0000 ou 1 800 753-0110  
SécurIndemnité 1 888 513-4464

### **Pourquoi ce guide est-il si important?**

Parce qu'il décrit en détail vos diverses protections, qui sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2009.

Ce guide décrit les différentes protections offertes en vertu de la police que votre employeur a souscrite auprès de SourceSanté Plus. La section intitulée « Dispositions générales » décrit les conditions d'admissibilité et d'adhésion. Elle est suivie d'une section sur chacune de vos assurances comprenant une description et la protection offerte.

#### **IMPORTANT**

**Ce guide a pour but de vous informer sur votre régime d'assurance collective et ne constitue pas un contrat au sens de la loi. Le contrat-cadre lui-même détermine les prestations, les montants et les dates d'entrée en vigueur qui s'appliquent à vous. En cas de divergence entre ce guide et la police collective, les conditions de la police collective prévaudront.**

### **CE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE A ÉTÉ MIS EN PLACE PAR**

SourceSanté Plus  
240 Duncan Mill Road, Suite 801  
Toronto ON M3B 3S6