



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Valoriser l'essentiel

**Personnel enseignant retraité
des collèges publics et privés
Contrat 1011**

Régime modifié le 1^{er} janvier 2013

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



Preneur du contrat :



Personnel enseignant retraité des collèges publics et privés Contrat 1011

Régime modifié le 1^{er} janvier 2013

**Régime d'assurance collective pour tous
les membres retraités des syndicats représentés
au comité d'assurance FNEEQ (CSN)
et affiliés à la FNEEQ (CSN)**

PRENEUR :

FÉDÉRATION NATIONALE
DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS
DU QUÉBEC (CSN)

ET

L'ASSOCIATION DES RETRAITÉS
ENSEIGNANTS DE LA FNEEQ
(AREF)

IMPORTANT

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

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

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec La Capitale, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées.



100%

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	7
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	9
1. Définitions	9
2. Admissibilité	12
3. Adhésion	13
4. Dispositions s'appliquant lorsque la personne retraîtée atteint l'âge de 65 ans	15
5. Bénéficiaire	15
6. Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne retraitée décédée	16
7. Transformation	16
8. Fin de l'assurance	16
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	19
1. Frais de base	19
2. Frais de médicaments	20
3. Autres frais admissibles remboursables à 75 %	21
4. Autres frais admissibles remboursables à 50 %	25
5. Exclusions de la garantie d'assurance maladie	26
GARANTIE D'ASSURANCE VIE (GARANTIE OPTIONNELLE)	27
1. Montant d'assurance de base	27
2. Assurance vie des personnes à charge	27
3. Assurance vie additionnelle	27
DEMANDE DE PRESTATIONS	29
ASSURANCE VOYAGE	31
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	39
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	45

Sommaire
des garanties

Renseignements
généraux

Garantie
d'assurance
maladie

Garantie
d'assurance vie
(garantie optionnelle)

Demande
de prestations

Assurance
voyage

Assurance
annulation
de voyage

La Capitale
répond à
vos questions

SOMMAIRE DES GARANTIES

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

GARANTIE	PROTECTION
Assurance maladie (p. 19)	
Hospitalisation	100 %, chambre semi-privée ou particulière
Soins prolongés	100 %, maximum 180 jours par année
Assurance et assistance voyage	100 %, maximum de 1 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum par assuré par voyage 5 000 \$
Médicaments	75 % des premiers 2 400 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Différé
Autres frais admissibles	75 %, sauf les honoraires de psychiatre, psychanalyste en clinique externe, psychologue, travailleur social, conseiller en orientation en pratique privée à 50 %
Assurance vie de base (p. 27)	
Personne adhérente :	
Personne retraitée de moins de 65 ans	1 fois le salaire annuel, arrondi au plus près 500 \$
Personne retraitée de 65 ans ou plus	5 000 \$
Personnes à charge :	
Personne conjointe	- 10 000 \$ si son décès survient avant son 65 ^e anniversaire - 4 000 \$ si son décès survient à ou après son 65 ^e anniversaire et avant son 70 ^e anniversaire - 2 000 \$ si son décès survient à ou après son 70 ^e anniversaire
Enfant à charge	4 000 \$
Assurance vie facultative (p. 27)	<i>Voir détails dans la brochure</i>

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause.

ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

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

ASSISTEUR

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

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

CARRA

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances.

COMPAGNON DE VOYAGE

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

CONJOINT OU CONJOINTE

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

i) est marié ou uni civilement à la personne adhérente, ou

- ii) n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement avec une personne adhérente non mariée ni unie civilement, depuis un an ou depuis moins d'un an s'il ou elle est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente ; ou
- iii) n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement avec une personne adhérente non mariée ni unie civilement et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint : un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et la conjointe ou le conjoint dans le cas d'un mariage ; la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait ou la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

ENFANT À CHARGE

L'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa conjointe ou son conjoint exerce l'autorité parentale, y compris un enfant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises ; une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjointe ou de conjoint et que la personne adhérente ou sa conjointe ou son conjoint subviennent à ses besoins dans une large mesure ;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa conjointe ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- iii) une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans conjoint, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa conjointe ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de la personne adhérente ou sa conjointe ou son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

FAC

Fédération autonome du collégial.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

Toute somme déboursée par la personne assurée pour elle-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par la personne assurée relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par la personne assurée relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

HÔTE À DESTINATION

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée selon une entente prévue à l'avance.

MALADIE

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant.

PROCHE PARENT

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

PERSONNE ADHÉRENTE

Une personne retraitée qui est admise à l'assurance.

VOYAGE

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

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de la personne assurée doit comporter un séjour d'au moins une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

2. Admissibilité

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Les personnes admissibles sont :

- a) Les enseignantes et les enseignants qui, au jour précédant leur retraite, étaient membres de la Fédération nationale des enseignantes et enseignants du Québec (FNEEQ) ou de la Fédération autonome du collégial (FAC) et étaient protégées en vertu de la garantie d'assurance maladie du contrat des personnes actives 1008-1010 ou du précédent contrat de la FAC. Dans le cas des retraités de la FAC, seuls les retraités des établissements dont le syndicat a joint la FNEEQ sont admissibles ;
- b) Toute autre personne qui, au jour précédant sa retraite, était membre de la Fédération nationale des enseignantes et enseignants du Québec (FNEEQ) et était protégée en vertu de la garantie d'assurance maladie du contrat des personnes actives (1008-1010) et pour laquelle la rente de retraite reçue en vertu du RREGOP ou de tout régime de retraite du secteur public ou parapublic sera égale ou supérieure à 2 000 \$ par mois ou 24 000 \$ par année. Ce montant sera indexé annuellement selon le même pourcentage que celui déterminé par la CARRA et prendra effet à la même date que celle déterminée par la CARRA.

Les personnes retraitées de la FNEEQ sont admissibles à la garantie d'assurance maladie à compter de la date effective de leur retraite. Quant aux personnes retraitées de la FAC, elles sont admissibles à compter du 1^{er} juillet 2011.

- c) Les personnes à charge d'une personne retraitée deviennent admissibles à l'assurance à la date à laquelle ladite personne retraitée devient admissible. Si les personnes deviennent à la charge d'une personne adhérente après la date à laquelle elle est devenue admissible, chacune de ces personnes à charge devient admissible à la date à laquelle elle rencontre les exigences de la définition de « Personnes à charge ».

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

Les personnes admissibles sont :

- a) Les enseignantes et les enseignants qui, au jour précédant leur retraite, étaient membres de la Fédération nationale des enseignantes et enseignants du Québec (FNEEQ) ou de la Fédération autonome du collégial (FAC) et étaient protégées en vertu de la garantie d'assurance vie du contrat des personnes actives (1008-1010 ou du précédent contrat de la FAC). Dans le cas des retraités de la FAC, seuls les retraités des établissements dont le syndicat a joint la FNEEQ sont admissibles;

- b) Toute autre personne qui, au jour précédant sa retraite, était membre de la Fédération nationale des enseignantes et enseignants du Québec (FNEEQ) et était protégée en vertu de la garantie d'assurance vie du contrat des personnes actives (1008-1010) et pour laquelle la rente de retraite reçue en vertu du RREGOP ou de tout régime de retraite du secteur public ou parapublic sera égale ou supérieure à 2 000 \$ par mois ou 24 000 \$ par année. Ce montant sera indexé annuellement selon le même pourcentage que celui déterminé par la CARRA et prendra effet à la même date que celle déterminée par la CARRA.

Les personnes retraitées de la FNEEQ sont admissibles à la garantie d'assurance vie à compter de la date effective de leur retraite. Quant aux personnes retraitées de la FAC, elles sont admissibles à compter du 1^{er} novembre 2009.

- c) Les personnes retraitées ayant pris leur retraite **avant le 1^{er} janvier 2004**, assurées en vertu de la garantie d'assurance vie de base, sont admissibles à la garantie d'assurance vie additionnelle à compter de 65 ans.
- d) Les personnes retraitées ayant pris leur retraite **le ou après le 1^{er} janvier 2004**, assurées en vertu de la garantie d'assurance vie de base, sont admissibles à la garantie d'assurance vie additionnelle à compter de leur retraite.
- e) Les personnes à charge d'une personne retraitée deviennent admissibles à la garantie d'assurance vie des personnes à charge à la date effective de la retraite de la personne adhérente si elles étaient assurées en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge du contrat des employés actifs immédiatement avant la retraite de la personne adhérente.

RETOUR AU TRAVAIL DES PERSONNES RETRAITÉES

Tout enseignante ou enseignant retraité qui est assuré en vertu du contrat offert conjointement par l'AREF et la FNEEQ (CSN) et qui est réembauché à titre d'employée ou d'employé demeure couvert par le régime offert aux personnes retraitées.

3. Adhésion

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

– **Personne retraitée âgée de moins de 65 ans**

L'adhésion est obligatoire pour toute personne retraitée âgée de moins de 65 ans. L'assurance des personnes à charge est obligatoire. Toutefois, il est possible pour une personne adhérente sans enfant à charge dont la conjointe ou le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer sa protection familiale en une protection

individuelle. **Une personne adhérente qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.**

Une personne retraitée ou ses personnes à charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit à La Capitale, refuser ou cesser d'adhérer à cette garantie, à condition qu'ils attestent être assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer à cette garantie aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime collectif se termine.

– **Personne retraitée âgée de 65 ans ou plus**

L'adhésion à cette garantie est facultative pour toute personne retraitée âgée de 65 ans ou plus. L'assurance des personnes à charge d'une personne retraitée qui a choisi d'adhérer est obligatoire. Toutefois, il est possible pour une personne adhérente sans enfant à charge dont la conjointe ou le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer sa protection familiale en une protection individuelle. Une personne adhérente qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite. **Une personne retraitée qui refuse ou cesse d'adhérer à cette garantie ne peut y adhérer de nouveau.**

Lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, la protection détenue est maintenue. Toutefois, les médicaments sont automatiquement assurés par la Régie de l'Assurance maladie du Québec. Pour toute modification à cette protection, la personne adhérente doit communiquer par écrit avec La Capitale dans les délais prévus.

De plus, toute personne adhérente de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance-médicaments. Une telle personne retraitée qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour elle et ses personnes à charge, le cas échéant, au cours des 30 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle atteint 65 ans, ou ;
- la date à laquelle elle prend sa retraite.

Dans un tel cas, la personne adhérente doit payer la prime additionnelle déterminée par La Capitale selon la protection d'assurance maladie qu'elle détient (individuelle ou familiale). Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base, à la garantie d'assurance vie additionnelle et à la garantie d'assurance vie des personnes à charge est facultative pour toute personne retraitée admissible.

Toutefois, une personne retraitée qui refuse ou cesse d'adhérer à ces garanties ne peut y adhérer de nouveau.

4. Dispositions s'appliquant lorsque la personne retraitée atteint l'âge de 65 ans

Quelque temps avant que la personne retraitée atteigne l'âge de 65 ans, La Capitale communique par écrit avec celle-ci pour lui faire part des options qui lui sont offertes. La personne retraitée a 30 jours suivant la réception de cette lettre pour signifier son choix à La Capitale. Si elle ne donne pas suite dans les délais prévus, les conditions suivantes s'appliquent :

– Garantie d'assurance maladie

La garantie est maintenue, sauf pour les médicaments qui seront assurés par la Régie de l'Assurance maladie du Québec.

– Garanties d'assurance vie de base et assurance vie additionnelle

Un montant de 5 000 \$ est maintenu pour chacune de ces garanties.

5. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné, ou déclarer que l'assurance est payable aux ayants droit, sur déclaration écrite, signée et déposée au siège social de La Capitale, le tout sujet aux dispositions de la Loi. La Capitale n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance est payable aux ayants droit de la personne adhérente.

6. Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne retraitée décédée

À la suite du décès de la personne adhérente, la garantie d'assurance maladie est maintenue sans paiement de prime pour une période de 90 jours.

De plus, elles peuvent demeurer assurées pour la garantie d'assurance vie qui était détenue par la personne adhérente pour ses personnes à charge, si elles avisent La Capitale de leur intention dans les 90 jours suivant la date du décès. La Capitale fait parvenir annuellement la facture à acquitter.

7. Transformation

Toute personne à charge assurée selon la définition de « conjoint ou conjointe » ou de « personne à charge » du point 1 peut, en faisant une demande écrite à La Capitale dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance, obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par La Capitale.

8. Fin de l'assurance

ASSURANCE MALADIE

Sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation », l'assurance maladie se termine à la première des dates suivantes :

- **D'une personne adhérente :**
 - La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
 - Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par La Capitale à la dernière adresse connue de la personne adhérente.
 - La date de réception par La Capitale de l'avis écrit de la personne adhérente âgée de 65 ans ou plus qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

– **D'une personne à charge :**

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente dont elle est à charge.
- La date à laquelle elle cesse d'être considérée comme personne à charge suivant la définition de « personne à charge ».
- La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale ou couple en une protection individuelle.

ASSURANCE VIE

– **Assurance vie de base de la personne adhérente :**

- La date de l'annulation du contrat ou de la garantie.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date de réception par La Capitale de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.

– **Assurance vie des personnes à charge :**

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente dont elle est à charge.
- La date à laquelle elle cesse d'être considérée comme personne à charge.
- La date de réception par La Capitale de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à l'assurance de ses personnes à charge en vertu de cette garantie ou la date inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.

– **Assurance vie additionnelle :**

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date de réception par La Capitale de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

1. Frais de base

Les frais décrits ci-après sont exempts de franchise et remboursables à 100 %.

HOSPITALISATION

Lorsque, sur recommandation d'un médecin, une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, La Capitale paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit hôpital pour le séjour en chambre semi privée ou en chambre particulière tant que cette personne assurée a droit à des soins assurés à titre de malade hospitalisé, mais seulement jusqu'à concurrence du montant que ledit hôpital est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de séjour de ce dernier en chambre semi-privée.

SOINS PROLONGÉS

Lorsque, sur recommandation d'un médecin et ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, une personne assurée est admise à titre de malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés dans un hôpital antituberculeux, dans un sanatorium, dans un hôpital pour malades mentaux, dans une maison de repos, dans une maison de retraite ou dans un dispensaire, et que l'établissement est autorisé par le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* de cette province, La Capitale paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit établissement pour le séjour de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours d'hospitalisation pour soins prolongés par année civile et jusqu'à concurrence du montant que ledit établissement est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de ce dernier en chambre semi-privée.

ASSURANCE VOYAGE

(Voir description détaillée à la page 31).

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

(Voir description détaillée à la page 39).

2. Frais de médicaments

Les médicaments sont exempts de franchise et remboursables à 75 % des premiers 2 400 \$ de frais admissibles par année civile, par famille et 100 % de l'excédent.

La Capitale rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance-médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., c. A 29-01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'une personne adhérente âgée de 65 ans ou plus et ses personnes à charge s'il y a lieu, à moins que la personne adhérente n'ait choisi d'assurer lesdits services et médicaments en vertu de la présente garantie.

Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés ci-dessus, inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, ainsi que les frais de médicaments homéopathiques obtenus sur ordonnance d'un homéopathe et qui, dans les deux cas, sont vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé ; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique, glaucome.

EXCLUSIONS

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

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, La Capitale se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date d'approbation.

3. Autres frais admissibles remboursables à 75 %

Par frais admissibles, on entend, sous réserve de la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec*, de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec* ou de toute loi sur l'assurance maladie ou l'assurance-hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée, les soins, fournitures et services décrits ci-après, limités aux frais raisonnables justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, à l'exclusion des dépenses non médicalement nécessaires, des frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et des frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents de travail*, de la *Loi sur l'assurance automobile* ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

- a) Les frais de transport en **ambulance**, y compris un voyage par avion ou par train (aller et retour) en cas d'urgence.
- b) Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat d'un **membre artificiel** pour un sinistre survenu en cours d'assurance, d'**appareils prothétiques** excluant les prothèses dentaires, d'**appareils orthopédiques** sauf les souliers orthopédiques, les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.
- c) Les frais de **médicaments homéopathiques ne pouvant être obtenus que sur ordonnance** d'un homéopathe et qui sont vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, jusqu'à concurrence de 400 \$ par année civile, par personne assurée.
- d) Sur ordonnance d'un médecin, les frais engagés pour **sérums et liquides injectés pour des fins curatives**, y compris les **injections en vue d'une insémination artificielle**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 10 \$ par médicament et d'un maximum admissible de 50 \$ par injection.

- e) Les honoraires d'un **chiropraticien**, pour un traitement ou une consultation, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 30 \$ par visite, à raison d'une visite par jour par personne assurée et d'un maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée. Les **radiographies** sont remboursées jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 \$ par année civile, par personne assurée.
- f) Les frais engagés au Canada ou hors du Canada, pour un séjour en **clinique privée** spécialisée reconnue dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, excluant toutefois le tabagisme, jusqu'à concurrence d'une cure par année, d'un remboursement de 3 500 \$ par année et d'un maximum viager de 2 cures par personne assurée.
- g) Sur ordonnance d'un médecin, les services professionnels d'un **infirmier autorisé (i.l.), ou d'un infirmier auxiliaire autorisé**, à l'exclusion des services de toute personne qui réside habituellement dans la demeure de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 200 \$ par jour, remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- h) Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat de **souliers orthopédiques** après déduction d'une franchise de 20 \$ par paire.
- i) Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat de **chaussures correctrices** achetées à une maison spécialisée, à raison d'un maximum de 2 paires par année civile, par personne assurée.
- j) Sur ordonnance d'un médecin, les frais pour location de **fauteuil roulant, poumon d'acier et de tout équipement thérapeutique**.
- k) Les services suivants rendus sous surveillance ou ordonnance d'un médecin et non autrement remboursables : **oxygénothérapie, examens de laboratoire** ; toutefois, les professionnels rendant ces services doivent être inscrits aux organismes réglementant leur profession.
- l) Les frais pour **radiographies, mammographies et échographies** (autres que foetales) effectuées à l'extérieur du centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- m) Les frais de **résonances magnétiques** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- n) Les services de **physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique** inscrits aux organismes réglementant leur profession respective, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée, *pour l'ensemble de ces professionnels*.

- o) Les services de **nutritionnistes, diététistes, ostéopathes, naturopathes ou podiatres**, inscrits aux organismes réglementant leur profession respective, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée. Une ordonnance médicale est requise pour les services de nutritionnistes et de diététistes.
- p) Les services professionnels d'un **chirurgien-dentiste** pour réparation des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le commencement de l'assurance et à la condition que les soins soient prodigués moins d'un an après la date de l'accident.
- q) Les services d'un **acupuncteur**, membre en règle d'une association reconnue, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et d'un maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- r) Sur ordonnance d'un médecin, les honoraires d'**orthophonistes** et d'**ergothérapeutes** inscrits à l'organisme réglementant leur profession, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 \$ par traitement, d'un traitement par jour et d'un maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée, *pour l'ensemble de ces professionnels*.
- s) Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat ou de réparation de **prothèses auditives** jusqu'à concurrence d'un remboursement de 500 \$ par période de 3 années consécutives, par personne assurée.
- t) Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat d'**appareils temporo-mandibulaires** jusqu'à concurrence d'un remboursement de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.
- u) Les frais d'achat d'un **appareil destiné au contrôle du diabète** (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le remboursement maximal est limité à 200 \$ par période de 5 années consécutives, par personne assurée.
- v) Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le remboursement maximal est limité à 1 750 \$ par période de 5 années consécutives, par personne assurée.
- w) Lorsque, sur ordonnance médicale, une personne assurée doit **se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région**, les frais suivants sont admissibles et remboursables jusqu'à concurrence de 500 \$.

- Si la situation nécessite un déplacement d'au moins 280 kilomètres (au total pour l'aller et le retour) du lieu de résidence de la personne assurée, les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile ; toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.
- Les frais de logement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Les frais doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport s'il est fait en automobile.

Les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente si cette dernière détient une protection individuelle ; si la personne adhérente détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente ou ses personnes à charge ; cette protection permet la présence d'un accompagnateur, si la situation le justifie.

- x) Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation** au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée sujet à un maximum admissible de 75 \$ par jour par personne assurée, pourvu que celle-ci soit admise dans un tel centre immédiatement après la fin de son hospitalisation, que l'hospitalisation ait duré au moins 3 jours et qu'elle ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 15 jours par hospitalisation.
- y) Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- z) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 400 \$ par année civile, par personne assurée.
- aa) Les frais d'achat d'**orthèses plantaires**, fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi (L.R.Q., ch. L-02), jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 450 \$ par orthèse, par année civile, par personne assurée.
- bb) Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 paires par année civile, par personne assurée.

- cc) Les frais d'achat de **couches pour incontinence** nécessaires à la suite d'une chirurgie entraînant la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée.

4. Autres frais admissibles remboursables à 50 %

- Les services de **psychiatres, psychologues en clinique externe** et, sur ordonnance d'un médecin, les services de **psychologues, de travailleurs sociaux** et les honoraires de **conseillers en orientation en pratique privée**, inscrits aux organismes réglementant leur profession respective ; ces services sont admissibles à raison d'une consultation par jour, jusqu'à concurrence de 30 consultations par année, et d'un remboursement maximal de 35 \$ pour chaque consultation, lequel s'appliquera également dans le cas de thérapie conjugale pour les 2 conjoints. **Le remboursement maximal est de 1 050 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de tous ces services.**

Les services de **travailleurs sociaux** sont seulement ceux rendus par des professionnels faisant partie de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec. Les services de **psychiatres** sont seulement ceux rendus comme traitement de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société Canadienne de Psychanalyse.

5. Exclusions de la garantie d'assurance maladie

Sous réserve des dispositions prévues par la Loi sur l'assurance-médicaments, aucun remboursement ne sera effectué par La Capitale pour les frais subis :

- a) pour l'examen de la vue ou de l'ouïe, sauf s'il est nécessaire par suite d'un accident ;
- b) pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, ou leurs ajustements, sauf si cela est nécessité par suite d'un accident ;
- c) que la personne assurée ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel elle était admissible ;
- d) pour chirurgie, traitements ou prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident ;
- e) pour examen médical pour fins d'emploi ou d'assurance ;
- f) alors que la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air ;

- g) par suite de toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection ;
- h) par suite de sa participation active à un crime ;
- i) après la terminaison du présent contrat, sous réserve de la clause de prolongation.

Les exclusions et réduction stipulées à la garantie d'assurance maladie s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

IMPORTANT :

Voir le point 4 de la page 15 :

« Dispositions s'appliquant lorsque la personne retraitée atteint l'âge de 65 ans ».

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

(Garantie optionnelle)

1. Montant d'assurance de base

Le montant d'assurance vie de base payable au décès de la personne adhérente est le suivant :

- de moins de 65 ans : 1 fois le salaire annuel arrondi au plus près 500 \$;
- de 65 ans ou plus : 5 000 \$.

2. Assurance vie des personnes à charge

Le montant d'assurance vie des personnes à charge est le suivant :

– **Personne conjointe :**

- 10 000 \$, si son décès survient avant son 65^e anniversaire de naissance ;
- 4 000 \$, si son décès survient à ou après son 65^e anniversaire de naissance et avant son 70^e anniversaire de naissance ;
- 2 000 \$, si son décès survient à ou après son 70^e anniversaire de naissance.

– **Enfant à charge :**

- 4 000 \$, à la condition que l'enfant à charge soit âgé de 24 heures ou plus.

3. Assurance vie additionnelle

Toute personne adhérente protégée par la garantie d'assurance vie de base au moment de sa retraite peut prendre de l'assurance vie additionnelle aux conditions suivantes :

– **Personne retraitée avant le 1^{er} janvier 2004 :**

Une personne retraitée âgée de 65 ans ou plus et de moins de 70 ans peut souscrire de 1 à 8 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 5 000 \$.

Une personne retraitée âgée de 70 ans ou plus *au 1^{er} janvier 2004* peut souscrire de 1 à 2 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 5 000 \$.

Une personne retraitée qui atteint l'âge de 70 ans *le ou après le 1^{er} janvier 2004* peut conserver le montant d'assurance vie additionnelle qu'elle détenait immédiatement avant d'atteindre l'âge de 70 ans.

– **Personne retraitée le ou après le 1^{er} janvier 2004 :**

À la retraite, la personne adhérente peut souscrire de 1 à 10 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 5 000\$. À compter de 70 ans, le nombre maximal de tranches disponibles passe à 8. Le nombre de tranches doit correspondre au montant d'assurance vie de base qu'elle détenait immédiatement avant de prendre sa retraite, moins le montant d'assurance vie de base auquel elle devient admissible.

À 65 ans, la personne adhérente peut souscrire de 1 à 10 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 5 000\$. À compter de 70 ans, le nombre maximal de tranches disponibles passe à 8. Le nombre de tranches doit correspondre au montant d'assurance vie de base qu'elle détenait immédiatement avant 65 ans, moins le montant d'assurance vie de base auquel elle devient admissible.

Une personne retraitée peut en tout temps *diminuer le nombre de tranches* d'assurance vie additionnelle, mais ne peut en aucun cas *l'augmenter*.

Pour une personne retraitée âgée de 65 ans ou plus mais de moins de 70 ans au 1^{er} juillet 1993, le montant total, incluant le montant de 5 000\$ d'assurance vie de base, ne peut excéder le montant en vigueur le 30 juin 1993.

IMPORTANT :

Voir le point 4 de la page 15 :

« Dispositions s'appliquant lorsque la personne retraitée atteint l'âge de 65 ans ».

DEMANDE DE PRESTATIONS

Assurance maladie

Médicaments et autres frais

La personne adhérente doit faire parvenir au siège social de La Capitale le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais encourus. Veuillez conserver vos copies de reçus, car les originaux ne vous seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne adhérente présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la demande de prestations directement à La Capitale. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'identification de la personne adhérente. Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus. Nous vous suggérons de réclamer à tous les 3 mois.

Pour la personne adhérente de moins de 65 ans

Médicaments : Service de paiement automatisé différé

Pour l'achat de médicaments, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'utilisateur. La demande de prestations est transmise automatiquement à La Capitale, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale émettra un remboursement à la personne adhérente à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Dépôt direct des prestations maladie

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il vous suffit de remplir le formulaire d'adhésion disponible chez votre employeur et de nous le retourner. Sur acceptation de votre demande de prestations, celles-ci seront déposées dans votre compte. Un relevé vous sera émis, vous confirmant le montant déposé et la date du traitement de votre réclamation.

Assurance vie

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

ASSURANCE VOYAGE

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

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

Le remboursement maximal par personne assurée est de 1 000 000 \$ viager.

IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

La personne assurée qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertaine quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, pourrait être exclue de la présente garantie. Elle doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement ou autre) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires ; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- Les honoraires d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ par hospitalisation. L'infirmier(ère) ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon ou une compagne de voyage.
- La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- Les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident ; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

b) Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins

appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.

- Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint ou sa conjointe et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur province de résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours de voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

c) Allocations de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon ou une compagne de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant 8 jours.

Service d'assistance voyage

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

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

Le coût de ces médicaments est, dans tous les cas, payé par la personne assurée, pour ensuite être remboursé par La Capitale si admissible.

- Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication encourus pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.

- L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit ou autre.
- L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

Obligations de la personne assurée

a) Avis

La personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

b) Restriction

La personne assurée doit, dès qu'elle est en mesure de le faire, obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.

c) Billets non utilisés

Lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assistance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci, le titre de transport qu'elle détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

d) Subrogation

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

Exclusions et réduction de la garantie

En plus des exclusions et réduction relatives à la garantie d'assurance maladie de base, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par La Capitale ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de la personne assurée ;
- b) lorsque la personne assurée refuse, sans raisons médicales valables, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée ;
- c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite ;
- d) lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- e) lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée ;
- f) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales ;
- g) pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;
- h) pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au

grand public dans les endroits de villégiature (en cas de doute, communiquez avec La Capitale);

- i) lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur. **Cette exclusion s'applique au service d'assistance-voyage seulement.**

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

EN CAS D'URGENCE :

Veillez prendre note que les informations apparaissant sur votre carte de services sont nécessaires lorsque vous désirez joindre les services de l'Assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

1. Causes d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- c) Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- e) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- g) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.

- h) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- i) Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- j) Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période chevauchant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- k) Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres.

La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.

- l) Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- m) Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

2. Frais admissibles

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

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - ii) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler.
 - iii) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ ; ces frais doivent au préalable être convenus avec La Capitale.

Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

3. Exclusions de la garantie

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

- a) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;
- b) si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne ;
- c) une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- d) la participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel ;
- e) la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- f) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non ;
- g) l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;
- h) la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature.

IMPORTANT :

- Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisée ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de La Capitale que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.

- Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

4. Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et La Capitale doit être avisée au même moment. La responsabilité de La Capitale est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

5. Coordination

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

6. Demande de prestations

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves justificatives suivantes :

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

- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- Tout autre rapport exigé par La Capitale et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

> **Quand pouvez-vous nous joindre ?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

> **Vous changez d'adresse ?**

Veillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

> **Vous avez des enfants à charge de 18 ans ou plus ?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

> **Vous désirez un formulaire de demande de prestations ?**

Il est possible de vous procurer un formulaire à lacapitale.com/formulaires. Cependant, si vous souhaitez qu'un formulaire vous soit transmis lors de chacun de vos remboursements, vous pouvez en faire la demande en écrivant à formulaire.medical@lacapitale.com pour y laisser vos nom et prénom, votre numéro de groupe et votre numéro d'identification indiqués sur votre carte de service, ou en composant le 1 855 704-4601 pour y laisser votre message.

> **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

> **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé ?**

Pour les professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, si vous utilisez notre formulaire de demande de prestations, l'estampe ou le sceau du

professionnel doit y être apposé. De même, sa signature, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

> Des questions au sujet de votre chèque de remboursement ?

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.

> Vous partez en voyage ?

Quelques semaines à l'avance, avisez-nous de la date de votre départ ainsi que de votre destination.



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Pour joindre La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Québec

625, rue Saint-Amable
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

**Si vous désirez rencontrer l'agent responsable de votre dossier,
veuillez prendre rendez-vous pendant les heures d'ouverture,
soit du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 17 h, avant de vous
présenter à nos bureaux.**

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

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

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

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

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

lacapitale.com