



***P**rogramme d'assurance collective
des retraités Cols bleus regroupés
de Montréal, section locale 301*

MONTRÉAL, JUIN 2016

**Programme d'assurance
collective des retraités
Cols bleus regroupés
de Montréal,
section locale 301**

Montréal, juin 2016

MOT DE LA PRÉSIDENTE

La brochure comporte quatre volets. Le premier volet fournit l'information générale sur le programme d'assurance collective ainsi que le sens donné à certaines expressions utilisées dans la brochure. Les volets suivants décrivent de façon détaillée chaque protection offerte par le programme d'assurance. Prenez le temps de lire cette brochure et conservez-la afin de pouvoir vous y référer lors de votre prochaine réclamation. Si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec le bureau du Syndicat où nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Syndicalement,

La Présidente du Syndicat,

Chantal Racette

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
Définitions.....	1
Admissibilité et participation	2
Administration du programme	3
PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS	4
Prestation	4
Désignation de bénéficiaire.....	4
Exclusions et limitations	4
Demande de prestation	4
PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC.....	5
Frais admissibles.....	5
Montant de la prestation.....	5
Franchise.....	5
Sommaire des soins, services et articles hospitaliers et médicaux couverts	5
Description des soins, services et articles hospitaliers et médicaux non sujets à la franchise	8
Description des soins, services et articles hospitaliers et médicaux sujets à la franchise	8
Exclusions et limitations	13
Demande de prestation	15
Protections multiples	16
PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC.....	17
Frais admissibles.....	15
Montant de la prestation.....	17
Assistance voyage	17

TABLE DES MATIÈRES

Description des types de soins, services et articles hospitaliers et médicaux.....	17
Exclusions et limitations.....	24
Demande de prestation.....	23
Réclamation du titre de transport.....	23
PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	24
Causes d'annulation ou d'interruption.....	21
Frais admissibles	25
Exclusions et limitations.....	26
Délai pour demander l'annulation	28
Coordination.....	28



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

DÉFINITIONS

Conjoint

Votre conjoint est la personne de sexe différent ou de même sexe qui, à la date de l'évènement donnant droit à des prestations :

- ← Est mariée avec vous ou unie civilement; ou
- ← vit maritalement avec vous depuis un an ou depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père de l'un de vos enfants.

Il est toutefois précisé que l'un des évènements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- un jugement de divorce prononcé entre vous et le conjoint;
- la séparation de fait depuis au moins quatre-vingt-dix (90) jours;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal.

Si une personne répond à la définition de conjoint marié et une autre personne répond à la définition de conjoint de fait, le gestionnaire reconnaitra comme conjoint celui que vous aurez désigné par écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les protections d'assurance.

Enfant à charge

Votre enfant à charge est la personne :

- ← âgée de moins de 18 ans, à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale; ou
- ← sans conjoint, âgée de 18 ans ou plus, à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exerceriez l'autorité parentale si elle était mineure et qui :
 - ↗ est âgée de moins de 21 ans et vous ou votre conjoint subvenez à ses besoins dans une large mesure; ou
 - ↗ est âgée de moins de 26 ans et fréquente à temps complet un établissement d'enseignement reconnu où pour chaque session une attestation d'études de l'institution fréquentée ou une copie conforme de l'attestation alternative accordée, indiquant le nombre d'heures de cours par semaine ou le nombre de crédits et le sceau de l'institution, doit être acheminée au bureau du Syndicat. Les frais exigés par les institutions sont à la charge de l'adhérent; ou

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- ↗ est domiciliée chez vous, sans conjoint, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement alors qu'elle satisfait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

ADMISSIBILITÉ ET PARTICIPATION

Membr

Vous devenez admissible au programme d'assurance collective à compter de la date à laquelle vous devenez membre retraité col bleu. Vous demeurez admissible au programme d'assurance tant que vous êtes un membre retraité col bleu.

La participation aux protections qui vous sont offertes est obligatoire durant toute la durée de votre admissibilité. Toutefois, si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, vous pouvez choisir d'adhérer au Régime général d'assurance médicaments du Québec. Avec ce choix, vous pouvez également choisir de conserver les protections complémentaires au contrat qui sont en sus des couvertures du Régime général d'assurance médicaments du Québec (voir tableau 1).

Tout retrait du programme d'assurance collective pour les membres retraités est irrévocable sauf pour le cas suivant :

- Un adhérent déjà dans le programme d'assurance collective des retraités qui renonce au programme d'assurance en tant qu'adhérent pour s'assurer avec sa conjointe doit fournir une lettre de ladite compagnie d'assurance comme preuve.

Conjoint et enfants à charge

Votre conjoint et vos enfants à charge doivent obligatoirement participer à la protection de soins hospitaliers et médicaux. Toutefois, il est possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer sa protection familiale de soins hospitaliers et médicaux en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

De plus, tout adhérent de 65 ans ou plus, ou tout adhérent ayant un conjoint ou des enfants à sa charge âgés de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments du Québec en complétant une demande à cet effet avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il atteint 65 ans;
- la date à laquelle la plus âgée de son conjoint ou de ses enfants à charge atteint 65 ans.

Exemption

Tout retrait du programme d'assurance collective à titre de démission est irrévocable, à moins que vous ne soyez en mesure d'établir une preuve formelle au Syndicat de votre cessation de participation à une autre protection de soins hospitaliers et médicaux ou dans le cas de dissolution de l'union.

ADMINISTRATION DU PROGRAMME

Mode de financement

Vous devez verser la cotisation requise au programme, selon votre type de protection et selon le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus dans votre famille.

Le niveau de cette cotisation sera, si nécessaire, ajusté annuellement pour tenir compte de l'évolution du coût du programme, en particulier des effets de l'inflation affectant les coûts des soins hospitaliers et médicaux.

Consultation des contrats

Le Syndicat a souscrit les contrats nécessaires avec un assureur afin de garantir le versement des prestations. Vous pouvez, si vous le désirez, consulter les contrats ou l'entente au bureau du Syndicat. Une demande écrite doit cependant être préalablement transmise à cet effet.

PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS

PRESTATION

Advenant votre décès, une prestation de 2 000 \$ est payable à votre bénéficiaire.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez désigner le ou les bénéficiaires de votre choix pour recevoir toute prestation payable à la suite de votre décès et modifier votre désignation en tout temps par la suite. Vous devez prendre un rendez-vous avec la préposée à l'assurance afin de remplir le formulaire requis à cette fin, de façon à bien enregistrer votre désignation ou modification de bénéficiaire.

Si, au moment de votre décès, vous n'aviez pas désigné de bénéficiaire, le montant d'assurance sera payé à votre succession ou selon les directives du liquidateur testamentaire.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucune exclusion ou limitation ne s'applique à cette protection.

DEMANDE DE PRESTATION

Le bénéficiaire devrait se présenter au bureau du Syndicat dans un délai de 90 jours suivant la date du décès avec l'original de l'attestation de décès ou de l'acte de décès et y remplir les formulaires requis. Évidemment, toute réclamation justifiée sera honorée même si elle est présentée après ce délai de 90 jours. Toujours aviser la préposée à l'assurance avant de se présenter au bureau afin de fixer un rendez-vous

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels supportés au Québec pour les soins, services et articles hospitaliers et médicaux décrits à la présente brochure et que vous, votre conjoint ou enfant à charge recevez ou devez-vous procurer.

MONTANT DE LA PRESTATION

Les frais admissibles vous sont remboursés selon les pourcentages de remboursement applicables au type de frais visé, et ce, jusqu'à concurrence des montants maximums de remboursement applicables.

FRANCHISE

Certains frais sont sujets à une franchise annuelle. Ainsi, vous devez défrayer, pour l'ensemble des frais admissibles sujets à la franchise, les premiers 50 \$ par année de frais admissibles, ajustés selon les pourcentages et maximums de remboursement applicables.

SOMMAIRE DES SOINS, SERVICES ET ARTICLES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX COUVERTS

Une description sommaire des soins, services et articles hospitaliers et médicaux couverts ainsi que des pourcentages et maximums de remboursement applicables vous est fournie au Tableau 1 afin que vous puissiez vous y référer rapidement. La description détaillée vous est fournie par la suite.

Tableau 1

Soins, services et articles	Maximum / Restriction
Remboursement à 100 %, non sujet à la franchise	
• soins hospitaliers	chambre à 2 lits (semi-privée)
• soins prolongés	chambre à 2 lits (semi-privée), 180 jours/année, Établissement reconnu CHSLD
• transport en ambulance	situation d'urgence

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

Soins, services et articles	Maximum / Restriction
-----------------------------	-----------------------

Le coût des médicaments, services et fournitures est remboursé à 90 % jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 3 000 \$ par année civile et l'excédent est remboursé à 100 %, sujet à la franchise

- | | |
|--|---|
| • médicaments | prescrits, ainsi que ceux figurant à la liste du Régime général d'assurance médicaments |
| • acuponcteur, audiologiste, ergothérapeute, orthophoniste, ostéopathe et podiatre | 20 \$/traitement, 400 \$/année, par professionnel |
| • chiropraticien | 20 \$/traitement, 400 \$/année incluant les radiographies |
| • chirurgien-dentiste ou plasticien | suite à un accident aux dents naturelles |
| • homéopathe et naturopathe | 20 \$/traitement, 400 \$/année pour l'ensemble de ces professionnels |
| • infirmier | 10 000 \$/année |
| • kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute | 20 \$/traitement, 400 \$/année pour l'ensemble de ces professionnels |
| • physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport | 20 \$/traitement, 400 \$/année pour l'ensemble de ces professionnels |
| • psychologue | 30 \$/visite, 500 \$/année |
| • psychiatre | remboursement à 50 %, 20 \$/visite, 500 \$/année |
| • appareil auditif | 500 \$/24 mois excluant les piles |
| • bas pour le traitement des varices | 6 paires/année civile (achat de 2 paires à la fois)
13 mm de contention ou plus, sur ordonnance médicale |

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

Soins, services et articles	Maximum / Restriction
• chaussures orthopédiques	orthèses ou modifications à des chaussures existantes 525 \$/année chaussures moulées (plâtre) 60 % du cout d'achat, 400 \$/année maximum 1 paire/année (adulte), 2 paires/année (enfant)
• équipement divers	location ou achat
• résonances magnétiques	500 \$/année
• prothèse mammaire	500 \$ /année, suite à une mastectomie
• prothèse capillaire	400 \$/année, suite à une chimiothérapie
• institution pour convalescents	chambre à 2 lits (semi-privée), Centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux
• appareil destiné à la mesure du glucose dans le sang (ex. : glucomètre, ...)	150 \$/5 ans
• pompe à insuline	1 750 \$/5 ans
• Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	300 \$/année prescription médicale et durée du traitement doivent être fournies afin de juger de l'admissibilité
• sérums et injections	administrés par un médecin ou infirmier, sur ordonnance médicale
• substances sclérosantes	administrées par un médecin, requisées médicalement, 15 \$/visite, 6 visites/année
• Lentilles intraoculaires suite à une opération des cataractes	325 \$ par œil

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

DESCRIPTION DES SOINS, SERVICES ET ARTICLES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX NON SUJETS À LA FRANCHISE

Soins hospitaliers au Québec

Le cout d'une chambre d'hôpital à 2 lits (semi-privée) vous est remboursé en totalité, sans limite quant au nombre de jours.

Soins prolongés

Le cout d'une chambre à 2 lits (semi-privée) dans un département ou hôpital spécialisé dans les soins prolongés pour malades chroniques vous est remboursé en totalité, jusqu'à concurrence de 180 jours par année civile. Les frais doivent être approuvés au préalable par le responsable des assurances au bureau du Syndicat. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

L'établissement doit être reconnu à titre de CHSLD par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance, dans une situation d'urgence, ainsi que les frais de transport aérien ou ferroviaire vous sont remboursés en totalité.

DESCRIPTION DES SOINS, SERVICES ET ARTICLES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX SUJETS À LA FRANCHISE

Médicaments

Le cout des médicaments prescrits, vendus par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vous est remboursé selon le pourcentage de remboursement et la franchise indiqués au Tableau 1 précédent. Les médicaments sont les produits inclus dans la liste de médicaments du Régime général d'assurance médicaments du Québec ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, à l'exception des médicaments codés « Z ». Cependant, les produits suivants ne sont pas couverts :

- ← les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint et émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

- ← les substances ou aliments diététiques;
- ← les médicaments homéopathiques;
- ← les médicaments administrés principalement à titre préventif;
- ← les substances utilisées dans le but d'insémination et les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- ← les traitements administrés principalement à des fins esthétiques;
- ← les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de la dysfonction érectile, sauf dans certains cas particuliers;
- ← les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- ← les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments, si vous avez adhéré à ce programme.

Acuponcteur, audiologiste, ergothérapeute, orthophoniste, ostéopathe et podiatre

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour chaque spécialiste, de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée et par type de professionnel est admissible à un remboursement.

Chiropraticien

Les honoraires d'un chiropraticien membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 20 \$ par traitement et de 400 \$, incluant le coût des radiographies, par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée, est admissible à un remboursement.

Chirurgien-dentiste ou plasticien

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste ou d'un chirurgien plasticien non autrement remboursables vous sont remboursés si des soins sont nécessaires à la suite d'un accident aux dents naturelles et que l'accident est survenu durant l'année précédant ces soins.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

Homéopathe et naturopathe

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée et pour l'ensemble de ces professionnels est admissible à un remboursement.

Infirmier

Après analyse du cas et autorisation du programme d'assurance, les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire membre en règle d'une association professionnelle reconnue vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année civile, par personne assurée. L'infirmier ou l'infirmier auxiliaire en question ne doit toutefois pas résider habituellement à la maison de la personne recevant les soins ou qui est un proche parent.

Kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée et pour l'ensemble de ces professionnels est admissible à un remboursement.

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, par personne assurée et pour l'ensemble de ces professionnels est admissible à un remboursement.

Psychologue

Les honoraires d'un psychologue membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 30 \$ par visite et de 500 \$ par année civile, par personne assurée. Le maximum de 30 \$ s'applique également dans le cas de thérapie conjugale pour vous et votre conjoint. Une seule

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

visite par jour, par personne assurée (ou couple), est admissible à un remboursement.

Psychiatre

Les honoraires d'un psychiatre membre en règle d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative, avec un pourcentage de remboursement de 50 %, vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 20 \$ par visite et de 500 \$ par année civile, par personne assurée. Le maximum de 20 \$ s'applique également dans le cas de thérapie conjugale pour vous et votre conjoint. Une seule visite par jour, par personne assurée (ou couple), est admissible à un remboursement.

Appareil auditif

Les frais d'achat d'un appareil auditif, à l'exclusion du cout des piles, vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 24 mois, par personne assurée.

Bas pour le traitement des varices

Les frais d'achat de bas conçus spécialement pour le traitement des varices, 13 mm de contention ou plus, vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 6 paires par année civile, par personne assurée (achat de 2 paires à la fois). Les bas doivent toutefois être achetés sur ordonnance médicale.

Chaussures orthopédiques

Les frais d'achat de chaussures orthopédiques (moulées à l'aide d'un plâtre) fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé détenant un permis en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique vous sont remboursés à 60 %, jusqu'à concurrence d'une paire de chaussures par année pour les adultes et de deux paires par année pour les enfants, et de 400 \$ par année civile, par personne assurée.

Les frais d'orthèses ou de modifications à des chaussures à des fins orthopédiques vous sont également remboursés, jusqu'à concurrence d'une paire de chaussures par année pour les adultes et de deux paires par année pour les enfants, et de 525 \$ par année civile, par personne assurée.

Équipement divers

Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de fauteuil roulant, lit d'hôpital, appareil d'assistance respiratoire et autres appareils de même nature vous sont remboursés.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

Les frais d'achat de membre artificiel, appareil orthopédique ou chirurgical et autres prothèses externes achetés dans un laboratoire spécialisé détenant un permis en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique, ainsi que les frais d'achat d'attelle, béquilles, bandages herniaires et supporteur vous sont remboursés.

Pour un concentrateur d'oxygène, les informations nécessaires pour l'étude du dossier sont le pourcentage d'oxygène au repos, le diagnostic (incluant tous les problèmes de santé), le pronostic ainsi qu'une soumission pour la location et l'achat de l'appareil.

Pour l'achat d'un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), les informations nécessaires pour l'étude du dossier sont la prescription d'un médecin ainsi qu'une soumission pour la location et l'achat de l'appareil.

Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

Les frais d'achat ou de location de l'appareil vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré. La prescription médicale indiquant le diagnostic et la durée du traitement doivent être fournies afin de juger l'admissibilité de la prestation.

Résonances magnétiques

Les frais de résonances magnétiques effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier aux fins de diagnostic vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

Prothèse mammaire

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 de 500 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

Prothèse capillaire

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

Appareil destiné à la mesure du glucose dans le sang

Les frais d'achat d'un glucomètre ou de tout appareil du même genre destiné à la mesure du glucose dans le sang et de la mallette permettant son déplacement vous sont remboursés jusqu'à

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

concurrence de 150 \$ par période de 5 ans, par personne assurée.

Pompe insuline

Les frais d'achat d'une pompe à insuline destinée au contrôle du diabète, à la condition que la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 1 750 \$ par période de 5 années consécutives, par assuré.

Institution pour convalescents

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives dans un centre de réadaptation reconnue comme telle par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime gouvernemental d'assurance vous sont remboursés jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à 2 lits (semi-privée) et de 180 jours par invalidité, par personne assurée. De plus, l'admission dans une telle institution doit être faite moins de 14 jours après la fin d'une hospitalisation.

Sérums et injections

Les frais de sérums et injections ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et administrés par un médecin ou un infirmier licencié vous sont remboursés.

Substances sclérosantes

Les frais de substances sclérosantes administrées par un médecin vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 15 \$ par séance d'injections et de 6 séances par année civile, par personne assurée. Les substances sclérosantes doivent toutefois être médicalement requises.

Lentilles intraoculaires suite à une opération des cataractes

Les frais des lentilles intraoculaires suite à une chirurgie des cataractes vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 325 \$ par œil, par personne assurée.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucune prestation ne vous est payable pour les frais suivants :

← les lunettes, verres de contact et chirurgie au laser;

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

- ← les prothèses dentaires, sauf si nécessaire suite à un accident;
- ← les vaccins préventifs;
- ← les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- ← les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, huile de teint, émoullients épidermiques, les shampoings et autres matériels pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur;
- ← la conservation ou la congélation de sang et plasma;
- ← les examens de la vue ou de l'ouïe;
- ← les soins et services administrés par un membre de la famille de la personne qui reçoit les soins ou services ou par une personne qui réside avec elle;
- ← les examens médicaux périodiques, aux fins d'emploi, d'admission à une institution scolaire, d'assurance ou pour des voyages de santé;
- ← les traitements ou les thérapies antitabacs;
- ← les médicaments utilisés dans les traitements de la dysfonction érectile;
- ← les chirurgies, traitements ou prothèses esthétiques, sauf à la suite d'un accident ou d'une maladie;
- ← les substances ou les aliments diététiques;
- ← les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant;
- ← toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- ← en cas d'hospitalisation pour soins prolongés ou convalescence, les frais de séjour dans un centre d'hébergement ou d'accueil ou tout établissement (incluant les centres hospitaliers) fournissant le même type de service (hébergement ou accueil);
- ← pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigés par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente protection.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

De plus, aucune prestation ne vous est payable pour les frais supportés :

- ← suite à une mutilation volontaire, peu importe l'état mental;
- ← suite à toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection;
- ← suite à la participation active à un crime ou à un attentat;
- ← durant le service dans les forces armées.

DEMANDE DE PRESTATION

Hospitalisation

Advenant une hospitalisation, vous, votre conjoint ou enfant à charge devez présenter la carte d'assurance lors de l'admission. Vous n'avez pas à produire de réclamation puisque l'hôpital se charge lui-même de faire parvenir la réclamation au Syndicat (notez que des frais non couverts par le programme d'assurance peuvent être facturés par l'hôpital pour la transmission de vos documents à l'Assureur).

Médicaments, avec la carte de paiement automatisé différé

Lors de l'achat de médicaments, vous, votre conjoint ou enfant à charge doit en défrayer le coût et présenter la carte de paiement automatisé différé au pharmacien. Celui-ci l'utilisera afin de transmettre immédiatement, par voie informatique, votre réclamation à l'Assureur qui procédera à la détermination du montant remboursable, après déduction de la franchise, le cas échéant. Le remboursement vous parviendra par la suite sans que vous n'ayez à remplir de formulaire de réclamation. Le remboursement est effectué dans les 14 jours ouvrables suivant l'achat ou même plus tôt si le montant de remboursement dépasse 75 \$, selon la première éventualité.

Médicaments, sans la carte de paiement automatisé différé

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge achetez des médicaments et que la transaction ne se fait pas par l'intermédiaire de la carte de paiement automatisé différé, vous devez défrayer la totalité du coût des médicaments et en demander le remboursement dans un délai de 12 mois suivant l'achat en complétant le formulaire approprié et le transmettant à l'Assureur, accompagné des reçus originaux. Veuillez conserver une copie de vos

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX AU QUÉBEC

factures, car les originaux ne vous seront pas retournés.

Soins professionnels et autres frais médicaux

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge encourez des frais pour des soins professionnels ou autres frais médicaux, vous devez défrayer le cout demandé et en demander le remboursement dans un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Le remboursement des autres frais médicaux doit être fait en remplissant le formulaire approprié et le transmettant à l'Assureur accompagné des factures originales et reçus officiels pour les frais visés. Veuillez conserver une copie de ces documents puisque les originaux ne vous seront pas remis.

Le remboursement des frais pour des soins professionnels nécessite de plus le sceau du professionnel, apposé sur le formulaire de l'Assureur. Par conséquent, veuillez apporter un exemplaire du formulaire lors de toute visite chez un professionnel de la santé.

PROTECTIONS MULTIPLES

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes couvert par plus d'une protection de soins hospitaliers et médicaux, par exemple si votre conjoint bénéficie également d'une telle protection par le biais de son syndicat ou de son employeur, vous avez le droit de retirer des prestations de chacune des protections visées, mais la somme des prestations reçues ne peut excéder le total des frais que vous avez supportés. Veuillez-vous informer auprès du Syndicat afin de connaître les règles alors utilisées afin de déterminer la prestation payable par chacune des protections.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles sont les frais usuels et raisonnables supportés pour les soins, services et articles hospitaliers et médicaux décrits à la présente brochure que vous, votre conjoint ou enfant à charge recevez ou devez-vous procurer à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie lors d'un séjour temporaire à l'extérieur du Québec.

Pour être considéré comme temporaire, le séjour ne doit pas excéder 6 mois consécutifs. Toutefois, un séjour temporaire peut se prolonger au-delà de 6 mois pourvu qu'il le soit en raison d'une maladie ou d'un accident survenu au cours de la période de 6 mois et que le retour au Québec soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

MONTANT DE LA PRESTATION

Les frais admissibles en excédent des prestations remboursables par les programmes gouvernementaux vous sont remboursés, jusqu'à concurrence des montants maximums de remboursement applicables au type de frais visé et d'un remboursement maximal de 1 000 000 \$ viager, par personne assurée.

ASSISTANCE VOYAGE

Un service d'assistance voyage (Assisteur) vous est également offert afin de vous aider, ou aider votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge, lors de situations d'urgence pendant un séjour temporaire à l'extérieur du Québec.

L'Assisteur avance les fonds pour les frais couverts par cette protection et, par la suite, en réclame le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec et à l'Assureur. L'Assisteur fait également le lien entre vous, votre conjoint ou enfant à charge et l'Assureur. Les services offerts par l'Assisteur sont décrits ci-après.

DESCRIPTION DES TYPES DE SOINS, SERVICES ET ARTICLES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

Soins hospitaliers

Le cout d'une chambre d'hôpital à 1 lit (privée) ou à 2 lits (semi-privée) ainsi que les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) sur présentation de pièces justificatives. Le

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

remboursement des frais inhérents est effectué jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation.

Ambulance

Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'établissement médical le plus proche vous sont remboursés, ainsi que les frais pour le transfert entre hôpitaux lorsque l'Assisteur et le médecin traitant estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter ou stabiliser la condition du patient.

Médecin

Les honoraires d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie vous sont remboursés.

Chirurgien-dentiste

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste pour le traitement de lésions aux dents naturelles survenues à la suite d'un accident vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par accident. Les frais doivent toutefois être engagés dans un délai de 12 mois suivant l'accident.

Médicaments

Le coût des médicaments obtenus sur l'ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence vous est remboursé.

Infirmier

Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Le remboursement est toutefois limité aux soins donnés exclusivement à l'hôpital, soins qui doivent être médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté avec la personne recevant les soins ni être un compagnon de voyage.

Équipement divers

Le coût de la location d'équipement thérapeutique et de l'achat de bandage herniaire, corset, béquilles, attelle, plâtre et autre appareil orthopédique vous est remboursé. L'article loué ou acheté doit toutefois être prescrit par le médecin traitant.

Rapatriement

Les frais de rapatriement au lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat afin que les

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

soins appropriés puissent être dispensés et ce, dès que l'état de santé le permet, vous sont remboursés lorsque le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. De plus, l'Assisteur envoie sur place une escorte médicale pour le rapatriement lorsque l'état de santé l'exige. Le rapatriement doit toutefois être planifié et approuvé par l'Assisteur.

Rapatriement de la famille

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes rapatriés ou transportés, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour dans la province de résidence du conjoint et des enfants à charge ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion, de train ou d'autobus de ligne régulière, lorsque le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé.

Visite d'un proche parent

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes hospitalisé, que l'hospitalisation doit dépasser 7 jours et que votre état de santé ne permet pas votre rapatriement, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller et retour d'un proche parent résidant au Québec pour se rendre à votre chevet, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. La personne hospitalisée ne doit toutefois pas être déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus et la nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

Rapatriement des enfants

L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence des enfants de moins de 18 ans si vous ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper suite à un accident ou une maladie.

Retour du véhicule

Les frais engagés auprès d'une agence commerciale pour le retour de votre véhicule, celui de votre conjoint ou enfant à charge vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 1 000 \$ lorsqu'une maladie ou un accident rend la conduite impossible et qu'aucun autre passager ne peut conduire le véhicule. Le retour du véhicule est effectué jusqu'à la résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche s'il s'agit d'un véhicule de location.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

Identification de la dépouille

Advenant votre décès, celui de votre conjoint ou enfant à charge, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe pour permettre à un proche parent d'identifier la dépouille avant le rapatriement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. La personne décédée ne devait toutefois pas être accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus.

Rapatriement de la dépouille

Advenant votre décès, celui de votre conjoint ou enfant à charge, l'Assisteur paie le cout de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le cout du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ou le cout de la crémation ou de l'enterrement sur place jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Allocation de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et d'une période maximale de 8 jours si le retour au Québec doit être reporté en raison de maladie ou de blessure corporelle que vous subissez vous-même, ou que subit votre conjoint, enfant à charge ou compagnon de voyage.

Information médicale

En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur vous fournit, ou fournit à votre conjoint ou enfant à charge, 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 dans une clinique ou un hôpital approprié.

Contacts médicaux

En cas de maladie ou d'accident, l'Assisteur, aussitôt prévenu, 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.

Transmission de messages

L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes dans l'impossibilité de le faire.

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

Acheminement des médicaments

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 serait impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Vous devez toutefois payer ces médicaments et vous les faire rembourser par l'Assureur, si leur remboursement est admissible.

Appels téléphoniques

L'Assisteur rembourse les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication que vous, votre conjoint ou enfant à charge encourez pour avoir accès à ses services en cas de difficultés à l'étranger. Vous devez toutefois présenter des pièces justificatives à votre retour.

Perte de documents

L'Assisteur fournit toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage suite à la perte de passeport, visa, carte de crédit, etc.

Interprètes

L'Assisteur offre un service téléphonique d'interprètes polyglottes en cas de difficulté à l'étranger.

Poursuites judiciaires

L'Assisteur fournit les coordonnées d'avocats en cas de poursuites judiciaires au Canada ou aux États-Unis suite à un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucune prestation ne vous est payée et aucune assistance ne vous est offerte dans les situations suivantes :

- ← lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré;
- ← lorsque la personne nécessitant des soins médicaux refuse, sans raison valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou aux soins requis. Les soins requis sont ceux nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne souffrante;
- ← s'il y a défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

ou d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie subite;

- ← lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- ← lorsque les frais engagés à l'extérieur du Québec auraient pu l'être dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne atteinte, à l'exception des frais immédiatement nécessaires à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Aux fins de cette exclusion, le seul fait que les soins pouvant être prodigués au Québec soient de qualité inférieure à ceux pouvant l'être hors de cette province ne constitue pas un danger pour la vie ou la santé;
- ← lorsque les frais sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, 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;
- ← 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;
- ← pour un accident survenu lors de la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique ou à toute autre activité dangereuse;
- ← 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;
- ← lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle la personne a été hospitalisée, pour laquelle elle 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 du départ, sauf s'il est prouvé à

PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX HORS QUÉBEC

la satisfaction de l'Assisteur que la condition de la personne atteinte est stabilisée. 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 atteinte et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

DEMANDE DE PRESTATION

Le service d'assistance voyage est offert par CanAssistance. Les numéros de téléphone auxquels vous pouvez les contacter figurent à votre carte d'assurance.

Vous, votre conjoint ou enfant à charge devez aviser l'Assisteur dès que possible de la survenance de l'incident, accident ou maladie et, dès que vous êtes en mesure de le faire, obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense.

RÉCLAMATION DU TITRE DE TRANSPORT

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge bénéficiez d'un rapatriement en vertu de la protection hors Québec, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer le titre de transport détenu et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION

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

- une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 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 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;
- la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant

PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;

- ➔ le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- ➔ le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés;
- ➔ 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;
- ➔ les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- ➔ 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.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.

En cas d'annulation avant le départ :

PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- ➔ la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- ➔ les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente protection, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- ➔ la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente protection, le cout 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.

Si le retour est anticipé ou retardé :

- ➔ le cout supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 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 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;

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

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

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

- ➔ si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services

PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

- ➔ 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;
- ➔ une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- ➔ la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- ➔ la grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- ➔ une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- ➔ lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- ➔ la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs 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;
- ➔ une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- ➔ lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- ➔ lorsque l'activité visée par le voyage est la chasse ou la pêche.

PROTECTION D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- ➔ pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, 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.

DÉLAI POUR DEMANDER L'ANNULATION

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

Lorsque l'annulation survient suite à une condition médicale de l'assuré ou de son compagnon de voyage, la date de la cause d'annulation est définie comme étant la date d'obtention d'un diagnostic d'un médecin empêchant l'assuré ou son compagnon de voyage de remplir leurs fonctions habituelles et étant raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.

COORDINATION

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

