

Brochure d'information



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

Table des matières

Table des matières _____	p.2
Mot des administrateurs _____	p.3
Renseignements généraux _____	p.4
Couvertures du programme _____	p.5
Admissibilité et participation _____	p.6
Protection de soins hospitaliers et médicaux au Québec _____	p.9
Protection de soins dentaires _____	p.23
Protection en cas de décès _____	p.33
Protection facultative en cas de décès _____	p.36
Protection de soins hospitaliers et médicaux hors Québec _____	p.39
Protection d'assurance annulation de voyage _____	p.47
Protection en cas de décès ou de mutilation par accident _____	p.52
Protection facultative en cas de décès ou de mutilation par accident _____	p.56
Définitions et administration du Programme _____	p.61
Mises à jour du Programme _____	p.64

Mot des administrateurs

Chers membres,

La brochure comporte neuf 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,

Les administrateurs du Programme du Fonds
d'assurance collective

(Édition 2022)



Renseignements généraux

Administration du programme

Mode de financement

Le programme d'assurance collective est financé par le biais de versements périodiques de votre employeur dont les montants sont déterminés en vertu de la convention collective ainsi que par l'application d'une contribution directe versée périodiquement par vous-même.

Formulaires

Vous pouvez vous procurer tous les formulaires requis pour les désignations de bénéficiaires et le paiement de prestations au bureau du Syndicat et y obtenir de l'aide pour les compléter, si nécessaire.

Consultation des contrats

Le Syndicat a souscrit les contrats nécessaires avec différents assureurs afin de garantir le versement des prestations et a conclu une entente avec votre employeur relativement aux protections en cas d'invalidité. 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.

Couvertures du programme

Ce tableau présente sommairement les couvertures du Programme. Veuillez consulter les sections pertinentes pour plus de détails.



Médicaments

Remboursés à 100 %, sujette à une franchise de 25\$ (couverture individuelle) et 50\$ (couvertures monoparentales et familiales)

Générique et biosimilaire obligatoires



Professionnel de la santé

Généralement 50 \$ par traitement, max. 1 000 \$ par année par professionnel. Le remboursement de certains professionnels est différent. Veuillez consulter les pages 15-17.



Soins dentaires

Diagnostic et prévention remboursés à 100%
Autres soins généralement remboursés à 60-80%
Max. 1 250 \$ par année, par adhérent



Autres protections

Chaussures orthopédiques moulées sur plâtre, produits antitabac, injections, etc

Veuillez consulter la liste complète des autres soins et équipements couverts à la page 13 et suivantes.



Assurance-vie

50 000\$ (membres pleinement admissibles)
20 000\$ (membres partiellement admissibles)

Admissibilité et participation

Pour les membres cols bleus employés de la Ville de Montréal, vous devenez automatiquement admissible au programme d'assurance collective à compter de la date à laquelle vous devenez membre auxiliaire ou membre titulaire col bleu. Pour les membres cols bleus employés d'une autre ville*, vous devenez automatiquement admissible lorsque vous obtenez le statut de permanent. Notez que vous demeurez admissible au programme d'assurance tant que vous répondez à l'une des définitions ici-bas. La présente brochure précise à chaque section les protections qui varient selon votre statut (pleinement ou partiellement admissible):

Membre pleinement admissible

- > Un membre titulaire à l'emploi de la Ville de Montréal: à compter de sa date de titularisation, ou
- > Un membre auxiliaire à l'emploi de la Ville de Montréal depuis au moins 5 ans: à compter du 1er janvier qui suit une période de 12 mois finissant le 30 septembre au cours de laquelle il a cumulé plus de 80% des heures régulières de travail normalement travaillées par un membre à temps plein.

- > Un membre à l'emploi d'une autre ville* à compter de sa date de permanence.
- > La participation aux protections qui vous sont offertes est obligatoire durant toute la durée de votre admissibilité, à moins que vous ne soyez âgé de 65 ans ou plus.

Membre partiellement admissible

- > Un membre partiellement admissible est un membre auxiliaire à l'emploi de la Ville de Montréal ne répondant pas à la définition de Membre pleinement admissible.

Exemption

Cependant, vous pouvez demander d'être exempté de participation en regard des protections d'assurance soins hospitaliers, médicaux et dentaires en autant que vous soyez en mesure d'établir une preuve formelle au Syndicat de votre participation à une autre protection d'assurance soins hospitaliers et médicaux (et non d'assurance soins dentaires) à titre de conjoint. Cette exemption s'appliquera toutefois à l'ensemble des deux protections d'assurance soins hospitaliers et médicaux et d'assurance

*Les villes participantes sont énumérées à la page 63.

soins dentaires du programme du Syndicat. Vous ne pouvez pas choisir l'exemption pour l'une ou l'autre seulement de ces deux protections. Vous ne pouvez pas être exempté de participation aux protections obligatoires d'assurance vie et d'assurance en cas de décès ou mutilation par accident. Ces protections ne couvrent point le conjoint ou les enfants à charge.

Tout retrait du programme d'assurance collective à titre de membre exempté de participation 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 d'assurance soins hospitaliers et médicaux (et non d'assurance soins dentaires) à titre de conjoint

Conjoint et enfants à charge

Si vous êtes un membre titulaire col bleu, votre conjoint et vos enfants à charge deviennent admissibles au programme d'assurance collective en même temps que vous ou, par la suite, lorsque votre conjoint ou enfant à charge répond à la définition applicable. Leur admissibilité demeure tant que vous êtes admissible et tant que votre conjoint ou enfant à charge répond à la définition applicable.

La participation de votre conjoint et de vos enfants à charge aux protections qui leur sont offertes est obligatoire durant toute la durée de leur admissibilité à moins que vous ne soyez en mesure d'établir une preuve formelle au Syndicat que ces personnes sont assurées auprès d'un autre régime d'assurance collective ou qu'elles soient âgées de 65 ans ou plus.

Tout retrait du programme d'assurance collective à titre de conjoint et d'enfants à charge est irrévocable à moins que vous ne soyez en mesure d'établir une preuve formelle au Syndicat de la cessation de participation à une autre protection d'assurance soins hospitaliers et médicaux (et non d'assurance soins dentaires) pour ces personnes.

Règle automatique d'adhésion

Si vous n'avez pas complété votre formulaire d'adhésion et remis celui-ci au Syndicat, vous serez automatiquement couvert en vertu de la protection familiale en attendant d'avoir reçu votre formulaire dûment rempli.



Mises à jour de la brochure

La présente brochure sera mise à jour de temps à autre suivant l'évolution du Programme. Un encart comportant les mises à jour vous sera fourni le cas échéant et vous pourrez l'insérer à la section prévue à cet effet à la toute fin de la brochure.

Maintien de la participation durant une absence

Votre participation aux protections qui vous sont offertes, ainsi que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge, le cas échéant, est maintenue au cours de toute absence au travail en raison d'une invalidité, d'un congé de maternité ou d'un congé parental (20 premières semaines seulement), d'une mise à pied temporaire, d'un congé sans solde autorisé, d'un congé pris en vertu du régime de congé à traitement différé ou d'une grève ou d'un lock-out (période maximale de 30 jours).

Le maintien de la participation ne peut toutefois se prolonger au-delà de la date de votre retraite, et, dans le cas d'une invalidité, au-delà de la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans, si plus tôt, la date à laquelle le régime de retraite prévoit la fin de la période d'exonération de cotisations salariales.

De plus, votre participation, ainsi que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge, le cas échéant, est maintenue lors d'une suspension ou d'un congédiement que vous contestez par voie de grief, de recours à l'arbitrage ou d'appel à un tribunal, jusqu'à ce qu'une décision soit rendue, mais sans excéder la date à laquelle vous prenez votre retraite. Notez que vous êtes dans l'obligation de payer vos primes d'assurance lors d'une suspension. Pour maintenir votre couverture d'assurance lors d'un congédiement contesté, vous devez payer vos primes d'assurance.

Notez que vous êtes dans l'obligation de payer vos primes d'assurance lors d'un congé sans solde ou lors d'un congé de maternité ou parental lorsque les 20 premières semaines sont écoulées ou lors d'un congé à traitement différé (part employé et part employeur).

Protection à la retraite

Au moment de votre retraite, si vous avez moins de 65 ans, vous devez adhérer au programme d'assurance pour membres retraités cols bleus et verser une cotisation régulière à cet effet. Ce programme offre une protection en cas de décès et une protection de soins hospitaliers et médicaux.



Si vous avez plus de 65 ans, vous avez le choix de maintenir la protection d'assurance complète ou de prendre la protection complémentaire, en versant une cotisation régulière à cet effet. Vous pouvez également annuler votre protection d'assurance et adhérer à la RAMQ.

Frais couverts en vertu d'une loi

Sont exclus des frais remboursables par le programme d'assurance collective toute partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail,

sur l'assurance hospitalisation, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays.

Protection de soins hospitaliers et médicaux au Québec

Le tableau suivant présente sommairement les prestations auxquelles vous avez droit en vertu du programme. À la suite du tableau, vous trouverez le détail des conditions et limitations qui s'appliquent.

Soins, services et articles	Maximum	Restrictions
Expertise médicale	Remboursement à 50%, maximum 2 500\$/événement, par participant	Sur recommandation d'un responsable de la santé et de la sécurité, non sujette à la franchise
Médicaments	Remboursement à 100% Générique et biosimilaire obligatoires	Prescrits, ainsi que ceux figurant à la liste de la RAMQ, excluant les médicaments en vente libre.
Hospitalisation		
Soins hospitaliers	100% des frais d'une chambre semi-privée	180 jours/année, excluant l'hébergement, non-sujet à la franchise
Soins prolongés	100% des frais d'une chambre semi-privée	180 jours/année, excluant l'hébergement, non-sujet à la franchise
Transport en ambulance	Remboursement à 100%	Situation d'urgence
Soins professionnels		
Acupuncteur, audiologiste, ergothérapeute, orthophoniste, ostéopathe et podiatre	50\$/traitement	1 000\$/année, par professionnel
Chiropraticien	50\$/traitement	1 000\$/année
Chirurgien dentiste ou plasticien	Suite à un accident	
Homéopathe et naturopathe	50\$/traitement	1 000\$/année pour l'ensemble de ces professionnels
Infirmier à domicile	2 000\$/année	
Kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute	50\$/traitement	1 000\$/année pour l'ensemble de ces professionnels

Soins, services et articles	Maximum	Restrictions
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport	50\$/traitement	1 000\$/année pour l'ensemble de ces professionnels
Psychiatre	50\$/visite	1 000\$/année
Psychologue	50\$/visite	1 000\$/année
Psychotérapeute	20\$/visite	700\$/année, autorisation requise du programme d'aide aux membres
Autres		
Appareil auditif	500\$/24 mois	
Bas pour le traitement des varices	Remboursement à 100%	6 paires/par année civile 13 mm de contention ou plus, sur ordonnance médicale
Chaussures orthopédiques moulées sur plâtre, semelles orthopédiques	60% du coût d'achat, 400\$/année, 1 paire/année (adulte), 2 paires/année (enfant)	Coût initial ou coût de remplacement de chaussures moulées (plâtre)
Cure de désintoxication	Remboursement à 80%, 1 500 \$ par 24 mois, remboursement à 100 % des frais qui excèdent 2 500 \$ par cure	Autorisation requise par le Programme d'aide aux employés (PAE) du Syndicat
Équipement divers	Location ou achat avec prescription médicale	
Centre de réadaptation	Chambre semi-privée, excluant l'hébergement	
Glucomètre, dextromètre ou tout autre appareil de même nature	150 \$/5 ans	
Sérums et injections	20\$ par injection	Administrés par un médecin ou infirmier en règle avec son ordre professionnel, sur ordonnance médicale

Soins, services et articles	Maximum	Restrictions
Substances sclérosantes	15 \$/visite, 6 visites/année	Administrées par un médecin, doit être requise médicalement
Résonance magnétique	500 \$ / année civile	
Produits antibac	500 \$ / année civile	

Membres couverts

Les membres *partiellement admissibles* bénéficient uniquement des prestations reliées aux soins prodigués par un psychologue ou un psychothérapeute ainsi qu'aux cures de désintoxication.

Les *membres pleinement admissibles* bénéficient de l'ensemble de la protection.

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 de la région.

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 25 \$ de frais admissibles (protection individuelle), ajustés selon les pourcentages et maximums de remboursement applicables, que vous supportez pour vous-même au cours de chaque année civile, plus les premiers 25 \$ de frais admissibles (protections monoparentale et familiale), ajustés que vous supportez pour votre conjoint et vos enfants à charge. Le cas échéant, toute franchise ou partie de franchise qui a été déduite des frais subis au cours du dernier trimestre d'une année civile est déduite de la franchise applicable pour l'année suivante.

Description des soins, services et articles hospitaliers et médicaux non sujets à la franchise

Soins hospitaliers au Québec

Le coût d'une chambre d'hôpital semi-privée vous est remboursé en totalité, sans limite quant au nombre de jours.



Soins prolongés

Le coût d'une chambre semi-privée dans un département ou hôpital spécialisé dans les soins prolongés pour malades chroniques vous est remboursé en totalité.

Les frais de séjour (hébergement) ne sont toutefois pas remboursés.



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. Les frais sont payés directement à la compagnie d'ambulance une fois la facture envoyée.

Expertise médicale

Les frais d'expertise médicale visant à faire la preuve de votre invalidité, mais non celle de votre conjoint ou enfant à charge, lorsque celle-ci est contestée par votre employeur, l'Assureur ou la CNESST (Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail) vous sont remboursés à 50 %, jusqu'à un maximum de remboursement de 2 500 \$ par évènement. Ces frais doivent être approuvés par un responsable de la Santé et sécurité ou des revendications des accidentés du Syndicat.



Description des soins, services et articles hospitaliers et médicaux sujets à la franchise

Médicaments

Le coût des médicaments prescrits, vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vous est remboursé en totalité. Les médicaments sont les produits inclus dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, à l'exception des médicaments codés « V » ou « Z ». Les médicaments en vente libre ne sont pas remboursés.

Médicaments génériques obligatoires

L'introduction du générique obligatoire vise à favoriser le recours aux médicaments « génériques » équivalents, dont les prix sont jusqu'à 70 % moins chers que ceux des médicaments « de marque », tout en étant aussi efficaces. Votre remboursement des frais liés à l'achat de médicaments est donc limité au prix du générique. Ainsi, si vous préférez vous procurer un médicament « de marque », la différence entre le prix du médicament « de marque » et celui du médicament « générique » sera assumée par vous.

Notez bien qu'un formulaire de non-substitution peut être obtenu auprès du Syndicat et pourra être rempli par le médecin traitant si, pour des raisons médicales, le médicament « générique » ne s'avère être un substitut adéquat au médicament « de marque » pour vous. Dans de telles circonstances, le remboursement pourra être calculé en fonction du coût du médicament « de marque ».

Médicaments biosimilaires obligatoires

Les médicaments biosimilaires et les médicaments biologiques sont utilisés pour traiter des maladies inflammatoires comme l'arthrite, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, le cancer, le diabète. Ces médicaments sont très dispendieux allant de 10 000 \$ à 700 000 \$ par année. Comme pour les médicaments génériques, les biosimilaires sont une copie du médicament d'origine et ils coûtent bien moins cher. Le gouvernement du Québec a annoncé que les adhérents RAMQ devront obligatoirement passer au biosimilaire en avril 2022. De la même façon, votre Programme d'assurance collective remboursera uniquement les biosimilaires lorsqu'un tel médicament équivalent est disponible. La substitution devra se faire auprès de votre médecin (et non en pharmacie) et vous aurez jusqu'au 1er juin 2022 pour faire le changement (date d'entrée en vigueur de cette mesure).

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;
- > Les substances et aliments diététiques;
- > Les médicaments homéopathiques;
- > Les substances utilisées dans le but d'insémination et les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- > Les médicaments servant au traitement de l'infertilité ou de la dysfonction érectile;
- > Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- > Les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- > Les médicaments administrés principalement à titre préventif.

Acupuncteur, audiologiste, ergothérapeute, orthophoniste, ostéopathe et podiatre

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour chaque spécialiste, de 50 \$ par traitement et de 1000 \$ par année civile, par adhérent. Un seul traitement par jour, par adhérent et par type de professionnel est admissible à un remboursement.

Chiropraticien

Les honoraires d'un chiropraticien membre en règle d'une association professionnelle reconnue vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 50 \$ par traitement et de 1 000 \$, par année civile, par adhérent. Un seul traitement par jour, par adhérent, est admissible à un remboursement. Les radiographies sont sujettes à un remboursement sans maximum.

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 et que l'accident est survenu durant l'année précédant ces soins.



Homéopathe et naturopathe

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue, vous sont remboursés, en autant que ces professionnels de la santé prodiguent des actes reconnus par la pratique de la profession, jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 50 \$ par traitement et de 1 000 \$ par année civile, par adhérent. Un seul traitement par jour, par adhérent et pour l'ensemble de ces professionnels est admissible à un remboursement.

Infirmier

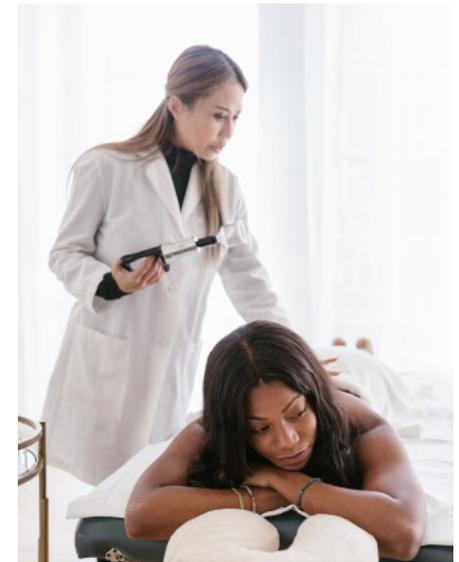
Les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire membre en règle d'une association professionnelle reconnue vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile, par adhérent. L'infirmier ou l'infirmier auxiliaire en question ne doit toutefois pas résider habituellement à la maison de la personne recevant les soins ou faire partie de sa famille.

Kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute

Les honoraires de ces professionnels de la santé, chacun membre en règle d'une association professionnelle reconnue, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 50 \$ par traitement et de 1 000 \$ par année civile, par adhérent. Un seul traitement par jour, par adhérent 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, vous sont remboursés jusqu'à concurrence, pour l'ensemble de ces professionnels, de 50 \$ par traitement et de 1 000 \$ par année civile, par adhérent. Un seul traitement par jour, par adhérent et pour l'ensemble de ces professionnels est admissible à un remboursement.



Psychiatre

Les honoraires d'un psychiatre membre en règle de leur ordre professionnel vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 50 \$ par visite et de 1 000 \$ par année civile, par adhérent. Le maximum de 50 \$ s'applique également dans le cas de thérapie conjugale pour vous et votre conjoint. Une seule visite par jour, par adhérent (ou couple), est admissible à un remboursement.

Psychologue

Les honoraires d'un psychologue membre en règle de leur ordre professionnel reconnu vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 50 \$ par visite et de 1 000 \$ par année civile, par adhérent. Le maximum de 50 \$ s'applique également dans le cas de thérapie conjugale pour vous et votre conjoint. Une seule visite par jour, par adhérent (ou couple), est admissible à un remboursement.

Si vous êtes un membre auxiliaire, le remboursement nécessite l'autorisation préalable du responsable du programme d'aide aux membres du Syndicat.

Psychothérapeute

Les honoraires d'un psychothérapeute membre en règle d'une association professionnelle reconnue vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 20 \$ par visite et de 700 \$ par année civile, par adhérent. Le maximum de 20 \$ s'applique également dans le cas de thérapie conjugale pour vous et votre conjoint. Une seule visite par jour, par adhérent (ou couple), est admissible à un remboursement.

Le remboursement nécessite l'autorisation préalable du responsable du programme d'aide aux membres du Syndicat.

Appareil auditif

Les frais d'achat d'un appareil auditif vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 24 mois consécutifs, par adhérent.



Produits antitabac

Les frais d'achats de produits antitabac (Zyban et timbres Nicoderm) vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile, par adhérent. Puisque ces produits ne sont pas remboursables avec la carte de paiement direct, pour obtenir votre remboursement, veuillez vous adresser au Syndicat.



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 adhérent. 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 adhérent. 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 570 \$ par année civile, par adhérent.

Cure de désintoxication

Les frais de séjour et de thérapie externe en clinique privée et reconnue comme étant spécialisée dans le traitement d'alcoolisme ou de toxicomanie vous sont remboursés à 80 % jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de remboursement par 24 mois, et les frais qui excèdent 2 500 \$ par cure vous sont remboursés à 100 %.

De plus, la thérapie doit être approuvée par le responsable du Programme d'aide aux employés (PAE) du Syndicat et être terminée lors de la demande de remboursement.

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 chaise roulante, lit d'hôpital, appareil d'assistance respiratoire et d'autres appareils thérapeutiques, vous sont remboursés avec prescription médicale et suite à l'étude du dossier.

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 supports vous sont remboursés avec prescription médicale.

Résonance magnétique

Les frais pour résonance magnétique effectuée à l'extérieur d'un centre hospitalier aux fins de diagnostic vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile.

Glucomètre

Les frais d'achat d'un glucomètre ou de tout appareil du même genre destiné au contrôle du diabète et de la mallette permettant son déplacement vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 150 \$ par période de 5 ans, par adhérent.

Lentilles intraoculaires

Les frais pour les lentilles intraoculaires dans le cadre d'une chirurgie pour la cataracte sont couverts. Les lentilles sont couvertes à 100% pour un maximum remboursé de 2 500 \$ pour deux lentilles.

Centre de réadaptation

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, vous sont remboursés jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée et de 180 jours par invalidité, par adhérent. De plus, l'admission doit être faite moins de 14 jours après la fin d'une hospitalisation.

Les frais de séjour (hébergement) ne sont pas toutefois pas remboursés.

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, mais pas les frais du médecin.

Substances sclérosantes

Les frais de substances sclérosantes administrées par un médecin vous sont remboursés jusqu'à concurrence de 15 \$ par visite et de 6 visites par année civile, par adhérent. Les substances sclérosantes doivent toutefois être médicalement requises.

Exclusions et limitations

Aucune prestation ne vous est payable pour les frais suivants :

- > Les lunettes ou lentilles corréennes;
- > Les prothèses dentaires, sauf si nécessaire suite à un accident;
- > Les vaccins préventifs;
- > Les injections sclérosantes dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- > 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 thérapies antitabac;
- > Les chirurgies, traitements ou prothèses esthétiques, sauf à la suite d'un accident ou d'une maladie.

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

- > Suite à une mutilation volontaire, peu importe l'état mental;
- > Suite à la participation active à un crime ou à un attentat;
- > Suite à toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection;
- > 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.

Médicaments, avec la carte de paiement direct

Lors de l'achat de médicaments, vous, votre conjoint ou enfant à charge devez présenter la carte de paiement direct 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.

Médicaments, sans la carte de paiement direct

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge achetez des médicaments et que la transaction ne se fait pas par l'intermédiaire de paiement direct, 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 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 coût 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 complétant 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.

Exemption de la participation à la protection

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes couvert par une autre protection de soins hospitaliers et médicaux et que vous, votre conjoint ou enfant à charge désirez être exempté de la participation à la présente protection, vous devez communiquer avec le bureau du Syndicat qui vous indiquera les modalités à suivre en vue de cette exemption.

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 dentaires

Le tableau suivant présente sommairement les prestations auxquelles vous avez droit en vertu du Programme. À la suite du tableau, vous trouverez le détail des conditions et limitations qui s'appliquent.

Type de soins	Pourcentage de remboursement
Soins administrés par un dentiste	
Diagnostic et prévention	100%
Détartage	80%
Restauration	80%
Endodontie	80%
Parodontie	80%
Chirurgie buccale	80%

Type de soins	Pourcentage de remboursement
Prosthodontie	60%
Soins administrés par un denturologiste	
Prosthodontie	60%
Maximum annuel	
Remboursement par adhérent	1 250\$

Membres

Seuls les *membres pleinement admissibles* bénéficient de cette protection.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais encourus que vous devez supporter pour des soins dentaires qui vous sont administrés, ou qui sont administrés à votre conjoint ou enfant à charge, par un chirurgien dentiste, un denturologiste ou, sous leur surveillance, par un hygiéniste dentaire, et dont le code d'acte est indiqué à la présente brochure. Les frais admissibles sont toutefois limités au tarif suggéré, pour le type d'acte visé, pour l'année du traitement par l'organisme dont relève le dentiste ou denturologiste qui fournit le service.

Avant d'entreprendre un plan de traitement important, il est préférable de soumettre ledit plan de traitement en faisant parvenir le formulaire d'évaluation rempli par le dentiste.

Montant de la prestation

Les frais admissibles pour les soins dentaires dont le code d'acte figure à la présente brochure vous sont remboursés selon un pourcentage de remboursement qui varie selon le type de soins, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 250 \$ par année civile, par adhérent.

Conditions de remboursement des soins de prosthodontie

Installation initiale

Les frais pour l'installation initiale d'une prothèse amovible, complète ou partielle, ou d'un pont fixe ne sont admissibles que si la prothèse sert à remplacer une ou plusieurs dents naturelles dont l'extraction a eu lieu alors que la personne recevant les soins était couverte en vertu de la présente protection.

Remplacement

Les frais pour le remplacement d'une prothèse amovible, complète ou partielle, ou d'un pont fixe ne sont admissibles que :

- > S'il s'agit d'une prothèse pour laquelle des frais sont pour la première fois admissibles en vertu de la présente protection;
- ou
- > Si 60 mois se sont écoulés depuis le remboursement des derniers frais similaires en vertu de la présente protection.

Transition

Les frais d'une prothèse fixe ou amovible permanente en remplacement d'une prothèse fixe ou amovible de transition ne sont admissibles que si ce remplacement est effectué dans un délai de 12 mois de la pose de la prothèse de transition.



Liste des actes effectués par un dentiste, par type de soins

Diagnostic

- > Examen complet (1 par 24 mois)
- > Examen de rappel (1 par 6 mois)
- > Examen de rappel pour enfant de moins de 10 ans (1 par 12 mois)
- > Examen d'urgence ou d'un aspect particulier
- > Examen parodontal complet
- > Film intra-oral
- > Film extra-oral
- > Interprétation d'une radiographie provenant d'une autre source
- > Radiographies périapicales
- > Test et examen de laboratoire, test de susceptibilité à la carie, biopsie de tissu mou et biopsie de tissu dur
- > Modèle de diagnostic
- > Consultation

Prévention

- > Polissage (1 par 6 mois)
- > Application topique de fluorure à une personne de moins de 18 ans (1 par 6 mois)
- > Programme de contrôle de la plaque dentaire
- > Finition des obturations
- > Scellant de puits et fissure sur les surfaces occlusales des dents postérieures (pour les enfants âgés entre 6 et 13 ans seulement)
- > Protecteur buccal
- > Application topique d'agent antimicrobien
- > Meulage interproximal des dents
- > Odontotomie prophylactique

Obturation

- > Obturation en amalgame
- > Obturation en composite
- > Tenon par obturation
- > Supplément pour une obturation en composite
- > Supplément pour une obturation en amalgame

Obturation en or ou en porcelaine

- > Aurification
- > Tenon
- > Incrustation en or
- > Incrustation en porcelaine ou en résine

Endodontie

- > Coiffage de pulpe direct
- > Pulpotomie
- > Traitement de canal et apexification
- > Apéctomie et obturation rétrograde
- > Amputation de racine
- > Réimplantation
- > Traitement endodontique général
- > Hémisection
- > Blanchiment
- > Stabilisateur endodontique intra-osseux
- > Traitement d'urgence ou relatif à un traumatisme endodontique

Parodontie

- > Soins de certaines infections aiguës et autres lésions
- > Application d'agent désensibilisant
- > Acte de chirurgie parodontale (1 par sextant par 12 mois pour 42001)
- > Jumelage provisoire
- > Service parodontal additionnel (4 par 12 mois pour 43411 à 43414 et 43417)

Chirurgie buccale

- > Ablation de dent ayant fait éruption
- > Ablation de dent et de racine
- > Alvéolectomie
- > Alvéoloplastie
- > Ostéoplastie
- > Tubéroplastie
- > Ablation de tissu hyperplasique
- > Ablation de surplus de muqueuse
- > Reconstruction de procès alvéolaire
- > Extension de repli muqueux
- > Ablation de tumeur et de kyste
- > Incision et drainage
- > Réparation d'une lacération de tissu mou
- > Lacération de part en part
- > Frénectomie
- > Traitement de glande salivaire
- > Divers

Services généraux complémentaires

- > Anesthésie pour fin de chirurgie buccale seulement

Restauration extensive

- > Pivot préfabriqué
- > Couronne individuelle
- > Corps coulé
- > Autres services

Prothèse amovible

Le remplacement de ces prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de cinq (5) ans.

- > Prothèse complète
- > Prothèse hybride
- > Prothèse partielle
- > Empreinte tertiaire
- > Ajustement
- > Remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle (frais admissibles pour prothèse existante)

Restauration complexe

- > Prothèses fixes

Restauration mineure

- > Réparation de prothèse
- > Rebasage et regarnissage de prothèse
- > Réfection de prothèse
- > Remplacement de dent d'une prothèse (les frais ne sont pas admissibles si le remplacement est fait en même temps qu'un rebasage ou un regarnissage)

Prothèse fixe

- > Pontique
- > Couronne télescopique
- > Coiffe métallique
- > Attache de précision
- > Réparation
- > Tenon de rétention dans une couronne
- > Pilier

Liste des actes effectués par un denturologiste, par type de soins

Prothèse

- > Prothèse complète équilibrée
- > Ajustement mineur nécessaire 3 mois ou plus après la pose initiale
- > Prothèse complète
- > Duplication, rebasage et regarnissage
- > Prothèse partielle équilibrée
- > Prothèse partielle
- > Réparation

Exclusions et limitations

Aucune prestation ne vous est payable dans les cas suivants :

Lorsque les frais vous sont remboursables ou sont remboursables à votre conjoint ou enfant à charge, en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, ou si vous, votre conjoint ou enfant à charge n'êtes pas couvert par les lois provinciales, les frais qui auraient normalement été couverts par la Loi sur l'assurance hospitalisation et la Loi de l'assurance maladie du Québec;

Pour des dommages pour lesquels une indemnité vous est payable ou est payable à votre conjoint ou enfant à charge en vertu d'une loi sur les accidents de travail ou de toute loi autre protection d'assurance collective.

Demande de prestation

Avec la carte de paiement direct

Lors d'une visite chez le dentiste, vous, votre conjoint ou enfant à charge devez présenter la carte de paiement direct ainsi qu'une carte d'assurance maladie, cette dernière ne servant qu'à des fins d'identification. Le dentiste vous indiquera alors le montant devant être défrayé, ce montant représentant la différence entre le coût du traitement et le montant remboursé par le programme.

Sans la carte de paiement direct

Lors d'une visite chez le dentiste, si vous, votre conjoint ou enfant à charge n'avez pas avec vous la carte de paiement direct ou que le dentiste n'a pas d'entente avec cette société, vous devez défrayer la totalité du coût du traitement et demander au dentiste de compléter un formulaire de réclamation. Le formulaire de réclamation requis est celui du Syndicat ou le formulaire type utilisé à cette fin par les dentistes. Vous devez par la suite, dans un délai de 6 mois suivant la date du traitement, transmettre ce formulaire à l'Assureur.

Exemption de la participation à la protection

Si vous, votre conjoint ou votre enfant à charge êtes couvert par une autre protection de soins dentaires et que vous désirez être exempté de la participation à la présente protection, vous devez communiquer avec le bureau du Syndicat qui vous indiquera les modalités à suivre en vue de cette exemption.

Protections multiples

Si vous, votre conjoint ou votre enfant à charge êtes couvert par plus d'une protection de soins dentaires, 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 de ces prestations ne peut excéder le total des frais que vous avez supportés. Veuillez vous informer auprès du Syndicat afin de connaître les règles alors utilisées pour déterminer la prestation payable par chacune des protections.

Protection en cas de décès

Le tableau suivant présente sommairement les prestations auxquelles vous avez droit en vertu du programme. À la suite du tableau, vous trouverez le détail des conditions et limitations qui s'appliquent.

Type de couverture	Description de la prestation
Prestation de base	Advenant votre décès avant l'âge de votre retraite, une prestation de 20 000 \$ est payable à votre bénéficiaire.
Prestation complémentaire	Advenant votre décès avant l'âge de votre retraite, une prestation de 30 000 \$ est payable à votre bénéficiaire.
Prestation pour le conjoint et les enfants à charge	5 000\$ ou 2 500\$

Membres couverts

Les *membres partiellement admissibles* bénéficient uniquement de la protection de base et seulement s'ils ont travaillé pour une ville participante dans les 12 mois précédant le décès.

Les *membres pleinement admissibles* bénéficient de l'ensemble de la protection, soit la protection de base et complémentaire.

Prestation pour le conjoint et les enfants à charge

Advenant le décès de votre conjoint ou de l'un de vos enfants à charge âgé de plus de 24 heures, une prestation de 5 000 \$ ou 2 500 \$ respectivement vous est payable.



Transformation en assurance vie individuelle

Si vous cessez de participer à la protection en cas de décès avant l'âge de 65 ans à la suite de votre départ pour une raison autre que la retraite, vous pouvez obtenir une police d'assurance vie individuelle afin de remplacer la protection terminée.

Le montant maximal de prestation que vous pouvez obtenir lors d'une transformation est le montant total des prestations qui auraient été payables advenant votre décès immédiatement avant la fin de votre participation, réduit du montant de toute prestation à laquelle vous avez maintenant droit en vertu de tout autre programme d'assurance collective.

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise mais une demande écrite de transformation doit être faite au Syndicat dans les 31 jours suivant la date de la fin de la participation.

Transformation en assurance vie individuelle pour le conjoint et les enfants à charge.

Si votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge cesse de participer à la protection en cas de décès à la suite de votre départ pour une raison autre que la retraite, votre décès ou encore parce que votre conjoint ou enfant à charge ne répond plus à la définition applicable, celui-ci peut obtenir une police d'assurance vie individuelle afin de remplacer la protection terminée. Le montant maximal de prestation que votre conjoint ou enfant à charge peut obtenir lors d'une transformation est le montant de la prestation qui aurait été payable advenant son décès immédiatement avant la fin de sa participation, réduit du montant de toute prestation à laquelle votre conjoint ou enfant à charge a maintenant droit en vertu de tout autre programme d'assurance collective.

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise mais une demande écrite de transformation doit être faite au Syndicat dans les 31 jours suivant la date de la fin de la participation.

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 soin de compléter le formulaire requis à cette fin, de façon à bien enregistrer votre désignation ou modification de bénéficiaire, et remettre ce formulaire au Syndicat. Notez que si la désignation d'un bénéficiaire est irrévocable, son consentement sera nécessaire pour le remplacer et s'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu.

Exclusions et limitations

Aucune exclusion ou limitation ne s'applique à cette protection

Demande de prestation

Le bénéficiaire doit communiquer avec le bureau du Syndicat les copies originales des certificats de naissance et de décès et compléter les formulaires requis, avec les preuves requises pour établir, outre les droits du réclamant, le décès du participant et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par le membre.

Païement anticipé

Si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale vous pouvez obtenir le paiement anticipé d'une partie du montant forfaitaire si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

> Vous avez transmis une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales confirmant que votre espérance de vie est inférieure à 24 mois au moment de la demande;

> Vous avez obtenu l'acceptation écrite de la part du bénéficiaire du montant forfaitaire, si le bénéficiaire est irrévocable

Le montant payé à titre de paiement anticipé est limité à 50 % de la prestation de décès, sans toutefois excéder 25 000 \$.

Lors de votre décès, le montant forfaitaire payable est réduit du montant du paiement anticipé versé et des intérêts exigibles par l'Assureur.

Protection facultative en cas de décès

Membres couverts

Seuls les *membres pleinement admissibles* âgés de moins de 65 ans bénéficient de cette protection.

Montant de la prestation

L'adhérent peut souscrire pour lui-même ou son conjoint âgé de moins de 65 ans, d'une (1) à vingt-cinq (25) tranches d'assurance facultative en cas de décès, chaque tranche étant égale à 10 000 \$, maximum 250 000 \$.

Paiement de la prime d'assurance

La prime d'assurance pour cette protection facultative est entièrement payée par vous, par une cotisation retenue sur votre paie.

Preuve d'assurabilité

Cette protection est sujette à ce que les preuves d'assurabilité requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle tranche d'assurance facultative en cas de décès soient jugées satisfaisantes par l'Assureur. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de cette garantie pour cette personne.

Transformation en assurance vie individuelle

Si vous cessez de participer à la protection facultative en cas de décès avant l'âge de 65 ans à la suite de votre départ pour une raison autre que la retraite, vous pouvez obtenir une police d'assurance vie individuelle afin de remplacer la protection terminée.

Le montant maximal de prestation que vous pouvez obtenir lors d'une transformation est le montant d'assurance facultative en cas de décès, sous réserve d'un maximum de 200 000 \$ qui auraient été payables advenant votre décès immédiatement avant la fin de votre participation, réduit du montant de toute prestation à laquelle vous avez maintenant droit en vertu de tout autre programme d'assurance collective.



Aucune preuve d'assurabilité n'est requise mais une demande écrite de transformation doit être faite au Syndicat dans les 31 jours suivant la date de la fin de la participation.

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 soin de compléter le formulaire requis à cette fin, de façon à bien enregistrer votre désignation ou modification de bénéficiaire, et remettre ce formulaire au Syndicat. Notez que si la désignation d'un bénéficiaire est irrévocable, son consentement sera nécessaire pour le remplacer et s'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu.

Exclusions et limitations

Cette garantie ne s'applique pas si l'assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Demande de prestations

Le bénéficiaire doit communiquer avec le bureau du Syndicat et devra fournir les copies originales des certificats de naissance et de décès et compléter les formulaires requis, avec les preuves requises pour établir, outre les droits du réclamant, le décès du participant et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par le membre.

Exonération des primes

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 6 mois, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent, la date de mise à la retraite de l'adhérent.



Protection de soins hospitaliers et médicaux hors Québec

Membres

Seuls les *membres pleinement admissibles* bénéficient de cette protection.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais usuels et raisonnables encourus 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, à la condition que vous, votre conjoint ou enfant à charge soyez couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour être considéré 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. Ce séjour peut être également prolongé pour un enfant à charge qui est un étudiant inscrit dans une maison d'enseignement reconnue. Toutefois, il devra fournir une preuve de sa couverture en vertu de la Loi sur l'assurance maladie du Québec.

Montant de la prestation

Les frais admissibles en excédent des prestations remboursables par la Régie de l'assurance maladie du Québec 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 adhérent.

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 coût d'une chambre d'hôpital privée ou semi-privée ainsi que les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.). Le 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.

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 et 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 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.

Médicaments

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



Rapatriement de la famille

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge êtes rapatrié ou transporté, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour au Québec 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.

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.



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 coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation au Québec jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ou le coût 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.

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 au Québec;
- > 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 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 le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle la personne a été hospitalisée et a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical pour lequel il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition du participant est stabilisée. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical. L'Assureur s'engage à ne pas appliquer l'exclusivité à moins d'avoir informé la personne, avant son départ, que sa condition est visée par l'exclusion;
- > Lorsque les frais engagés à l'extérieur du Québec auraient pu l'être au Québec, 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. Pour les 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.

> Lorsqu'il y a absorption de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.

Demande de prestation

Le service d'assistance voyage est offert par CanAssistance. Les numéros de téléphone que vous pouvez 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 événement 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 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 :

- > La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance; applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- > 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
- > 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 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.

Si le retour est anticipé ou retardé :

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

gnon 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;

L'Assureur s'engage à ne pas appliquer l'exclusivité décrite ci-dessus à moins d'avoir informé la personne, avant son départ, que sa condition est visée par l'exclusion.

- > 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.

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.

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.

Protection en cas de décès ou de mutilation par accident

Le tableau suivant présente sommairement les prestations auxquelles vous avez droit en vertu du programme. À la suite du tableau, vous trouverez le détail des conditions et limitations qui s'appliquent.

Tableau 1

Nature de la perte	Montant de la prestation		
	Membre	Conjoint	Enfant en charge
Perte			
De la vie	10 000 \$	3 000 \$	1 500 \$
De la vue complète d'un œil	6 667 \$	2 000 \$	1 000 \$
De la parole	6 667 \$	2 000 \$	1 000 \$
De l'ouïe d'une oreille	3 333 \$	1 000 \$	500 \$
De tous les orteils d'un pied	2 500 \$	750 \$	375 \$
Perte ou perte de l'usage			
D'un bras	7 500 \$	2 250 \$	1 125 \$
D'une jambe	7 500 \$	2 250 \$	1 125 \$
D'une main	6 667 \$	2 000 \$	1 000 \$
D'un pied	6 667 \$	2 000 \$	1 000 \$
Du pouce et de l'index	3 333 \$	1 000 \$	500 \$
D'au moins quatre doigts d'une main	3 333 \$	1 000 \$	500 \$

Nature de la perte

Montant de la prestation

Paralysie totale			
Des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	20 000 \$	6 000 \$	3 000 \$
Des membres inférieurs (paraplégie)	20 000 \$	6 000 \$	3 000 \$
Des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps (hémiplegie)	20 000 \$	6 000 \$	3 000 \$
Prestation maximale			
Si paralysie totale et survie pendant au moins 90 jours	20 000 \$	6 000 \$	3 000 \$
Sinon	10 000 \$	3 000 \$	1 500 \$
Prestations supplémentaires ¹			
Prestation pour le port de la ceinture de sécurité	1 000 \$	300 \$	150 \$
Indemnité de réadaptation	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Indemnité de rapatriement	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Transport d'un membre de la famille immédiate	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Indemnité d'éducation			5 000 \$
Frais de garde			5 000 \$
Modification de la résidence et du véhicule	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Indemnité en cas d'hospitalisation	1 000 \$	1 000 \$	1 000 \$

Membres couverts

Seuls les *membres pleinement admissibles* bénéficient de cette protection.

¹ Les montants de prestations supplémentaires indiqués représentent les montants d'indemnité maximale accordés par l'Assureur. Les montants sont à titre indicatif seulement

Montant de la prestation

Advenant que vous soyez victime d'un accident avant l'âge de 70 ans et que cet accident entraîne, dans un délai de 365 jours, votre décès ou une mutilation, vous ou votre bénéficiaire, le cas échéant, recevez une prestation dont le montant varie selon la nature de la perte. Le montant de la prestation payable pour chaque type de perte est indiqué au Tableau 1.

Prestation pour le port de la ceinture de sécurité

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge subissez l'une des blessures couvertes par la présente protection alors que vous êtes à bord d'un véhicule et que votre ceinture de sécurité est bien attachée, votre capital assuré augmente de dix pour cent (10 %) tel qu'indiqué à la fin du Tableau 1. Le port effectif de la ceinture doit être attesté dans le rapport officiel ou certifié par l'agent enquêteur.

Désignation de bénéficiaires

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 soin de compléter le formulaire requis à cette fin, de façon à bien enregistrer votre désignation ou modification de bénéficiaire, et remettre ce formulaire au Syndicat. Notez que si la désignation d'un bénéficiaire est irrévocable, son consentement sera nécessaire pour le remplacer et s'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu.

Prestation pour le conjoint et les enfants à charge

Advenant que votre conjoint ou un de vos enfants à charge soit victime d'un accident avant l'âge de 70 ans et que cet accident entraîne, dans un délai de 365 jours, son décès ou une mutilation, vous recevez une prestation dont le montant varie selon la nature de la perte, tel qu'indiqué au Tableau 1.

Exclusion et limitations

Aucune prestation ne vous est payable si la perte est causée principalement ou accessoirement par :

- > Le suicide ou la tentative de suicide si la personne est saine d'esprit;
- > L'automutilation, si vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, êtes dément, ou l'automutilation préméditée si vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, êtes sain d'esprit;
- > La guerre, déclarée ou non, ou tout fait de guerre;
- > Le service dans les forces armées d'un pays;
- > Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, à moins que :
 - » La blessure ne soit causée lors de l'embarquement ou la descente ou par le heurt par un aéronef; ou
 - » Le voyage ne soit effectué à titre de passager à bord d'un aéronef qui n'appartient pas au Syndicat, n'est pas exploité par lui ou en son nom et :
 - Dont le certificat de navigabilité est en règle, de même que le brevet du pilote correspondant au type d'aéronef; ou
 - Qui est exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.

Afin d'être admissible à la prestation supplémentaire pour le port de la ceinture de sécurité, le conducteur du véhicule dans lequel vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, prenez place doit avoir un permis en règle, correspondant au type de véhicule, et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiant, sauf s'il s'agit de substances prescrites par un médecin.

Demande de prestation

Le bénéficiaire doit communiquer avec le bureau du Syndicat et devra fournir avec les copies originales des certificats de naissance, médical et de décès, le cas échéant, et compléter les formulaires requis.

Protection facultative en cas de décès ou de mutilation par accident

Le tableau suivant présente sommairement les prestations auxquelles vous avez droit en vertu du programme. À la suite du tableau, vous trouverez le détail des conditions et limitations qui s'appliquent.

Tableau 2

Nature de la perte	Prestation
Perte	
De la vie	Le capital assuré
De la vue complète d'un oeil	Les deux tiers du capital assuré
De la parole	Les deux tiers du capital assuré
De l'ouïe d'une oreille	Le tiers du capital assuré
De tous les orteils d'un pied	Le quart du capital assuré
Perte ou perte de l'usage	
D'un bras	Les trois quarts du capital assuré
D'une jambe	Les trois quarts du capital assuré

Nature de la perte	Prestation
D'une main	Les deux tiers du capital assuré
D'un pied	Les deux tiers du capital assuré
Du pouce et de l'index	Le tiers du capital assuré
D'au moins quatre doigts d'une main	Le tiers du capital assuré
Paralyse totale	
Des membres supérieurs et inférieurs (quadraplégie)	Deux fois le capital assuré
Des membres inférieurs (paraplégie)	Deux fois le capital assuré
Des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps (hémiplégie)	Deux fois le capital assuré
Prestation maximale	
Si paralyse totale et survie pendant au moins 90 jours	Deux fois le capital assuré
Sinon	Le capital assuré
Prestation supplémentaires ¹	
Indemnité de réadaptation	10 000 \$
Indemnité de rapatriement	10 000 \$
Transport d'un membre de la famille immédiate	10 000 \$
Indemnité d'éducation	5 000 \$
Frais de garde	5 000 \$
Modification de la résidence et du véhicule	10 000 \$
Indemnité en cas d'hospitalisation	12 000 \$

¹ Les montants de prestations supplémentaires indiqués représentent les montants d'indemnité maximale accordés par l'Assureur. Les montants sont à titre indicatif seulement

Membres couverts

Seuls les *membres pleinement admissibles* bénéficient de cette protection.

Montant de la prestation

Advenant que vous soyez victime d'un accident avant l'âge de 70 ans et que cet accident entraîne, dans un délai de 365 jours, votre décès ou une mutilation, vous ou votre bénéficiaire, le cas échéant, recevez une prestation dont le montant est établi suivant le nombre de tranches de 10 000 \$ que vous avez souscrit, jusqu'à un nombre maximal de 25 tranches (250 000 \$), ainsi qu'en fonction du type de protection d'assurance choisi (individuel ou familial). Le montant de la prestation payable pour chaque type de perte est indiqué au tableau 2.

Prestation pour le conjoint et les enfants à charge

Advenant que votre conjoint ou un de vos enfants à charge soit victime d'un accident avant l'âge de 70 ans et que cet accident entraîne, dans un délai de 365 jours, son décès ou une mutilation, votre conjoint est assuré pour 50 % du montant choisi par l'adhérent et chacun de vos enfants à charge pour 15 % de ce montant.

Paiement de la prime d'assurance

La prime d'assurance pour cette protection facultative est entièrement payée par vous, par une cotisation retenue sur votre paie, en fonction du type de protection, individuelle ou familiale, choisi.

Prestation pour le port de la ceinture de sécurité

Si vous, votre conjoint ou enfant à charge subissez l'une des blessures couvertes par la présente protection alors que vous êtes à bord d'un véhicule et que votre ceinture de sécurité est bien attachée, votre capital assuré augmente de dix pour cent (10 %). Le port effectif de la ceinture doit être attesté dans le rapport officiel ou certifié par l'agent enquêteur.



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 soin de compléter le formulaire requis à cette fin, de façon à bien enregistrer votre désignation ou modification de bénéficiaire, et remettre ce formulaire au Syndicat. Notez que si la désignation d'un bénéficiaire est irrévocable, son consentement sera nécessaire pour le remplacer et s'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu.

Exclusions et limitations

Aucune prestation ne vous est payable si la perte est causée principalement ou accessoirement par :

- > Le suicide ou la tentative de suicide si la personne est saine d'esprit;
- > L'automutilation, si vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, êtes dément, ou l'automutilation préméditée si vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, êtes sain d'esprit;
- > Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, à moins que :
 - » La blessure ne soit causée lors de l'embarquement ou la descente ou par le heurt par un aéronef; ou
 - » Le voyage ne soit effectué à titre de passager à bord d'un aéronef qui n'appartient pas au Syndicat, n'est pas exploité par lui ou en son nom et :
 - Dont le certificat de navigabilité est en règle, de même que le brevet du pilote correspondant au type d'aéronef; ou
 - Qui est exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.

Afin d'être admissible à la prestation supplémentaire pour le port de la ceinture de sécurité, le conducteur du véhicule dans lequel vous, votre conjoint ou enfant à charge selon le cas, prenez place doit avoir un permis en règle, correspondant au type de véhicule, et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiant, sauf s'il s'agit de substances prescrites par un médecin.

Demande de prestations

Le bénéficiaire doit communiquer avec le bureau du Syndicat et devra fournir les copies originales des certificats de naissance, médical et de décès, le cas échéant, et compléter les formulaires requis.



Définitions et administration du Programme

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 s'il est le père ou la mère d'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 faits depuis au moins 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, sera reconnu comme conjoint celui que vous aurez désigné par écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

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
 - » Est domiciliée chez vous 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.

Invalidité

Vous êtes considéré invalide si vous recevez une prestation d'invalidité en vertu d'un contrat d'assurance souscrit par la Ville participante pour le bénéfice des cols bleus ou que vous seriez admissible à en recevoir n'eût été des prestations reçues d'un régime public.

Membre

Membre auxiliaire : membre auxiliaire du Syndicat visé par une convention collective intervenue entre une ville participante et le Syndicat.

Membre titulaire : membre titulaire du Syndicat visé par une convention collective intervenue entre une ville participante et le Syndicat.

Administration du programme

Mode de financement

Le programme d'assurance collective est financé par le biais de versements périodiques de votre employeur dont les montants sont déterminés en vertu de la convention collective ainsi que par l'application d'une contribution directe versée périodiquement par vous-même.

Consultation des contrats

Le Syndicat a souscrit les contrats nécessaires avec différents Assureurs afin de garantir le versement des prestations et a conclu une entente avec votre employeur relativement aux protections en cas d'invalidité. 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.

Formulaires

Vous pouvez vous procurer tous les formulaires requis pour les désignations de bénéficiaires et le paiement de prestations au bureau du Syndicat et y obtenir de l'aide pour les compléter, si nécessaire.

Villes participantes

Les villes participantes sont Montréal, Beaconsfield, Dorval, Côte Saint-Luc, Dollard-des-Ormeaux, Hampstead, Kirkland, Mont-Royal, Montréal-Est, Montréal-Ouest, Pointe-Claire, Sainte-Anne-de-Bellevue, Village de Senneville, Westmount et Baie d'Urfé

Mises à jour du programme

La présente brochure sera mise à jour de temps à autre suivant l'évolution du Programme. Un encart comportant les mises à jour vous sera fourni le cas échéant et vous pourrez l'insérer à la présente section pour vous y référer.

