

RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE

J

À LA DISPOSITION
DES MEMBRES DE SYNDICATS
AFFILIÉS À LA CENTRALE DES
SYNDICATS DU QUÉBEC



JANVIER 2002

SSQ *Groupe
financier*

À tous les membres de la CSQ

Cette nouvelle brochure contient les dispositions et conditions de notre régime collectif d'assurance de personnes.

Vous serez à même de constater les dispositions de nos nouveaux régimes d'assurance maladie et de soins dentaires qui ont été complètement revues pour répondre aux besoins que vous aviez maintes fois manifestés ces dernières années. Rappelons que cette structure est simple et souple à la fois; jamais un régime collectif d'assurance de personnes n'a été aussi près des besoins individuels des membres.

Vous constaterez qu'en assurance maladie, chaque membre de la CSQ a le choix entre trois contenus de protections qu'il retient selon ses besoins en assurance et en fonction de ses capacités de payer. Pour ce qui est des soins dentaires, nous avons adopté une approche principalement axée sur la prévention. Le contenu élaboré permet de couvrir adéquatement les soins de prévention, tout en prévoyant des remboursements pour des soins dentaires de base et de restauration majeure.

Nous visons une amélioration constante de notre régime d'assurance; c'est pourquoi une étude sera menée au cours de 2002 et 2003 sur la pertinence d'introduire une tarification de prime couple en 2004. D'autres travaux seront effectués afin de maintenir et d'augmenter la participation de nos membres, particulièrement dans nos régimes facultatifs.

En terminant, même si nous bénéficions de protections de qualité, rien n'est plus cher à nos yeux que de vous savoir en excellente santé.

Le Conseil exécutif de la CSQ

Veillez noter que, dans cette brochure, le nom SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

Cette brochure est disponible en version anglaise

TABLE DES MATIÈRES

1-	Renseignements généraux	1
1.1	Définitions	1
1.2	Admissibilité à l'assurance	3
1.3	Participation à l'assurance (incluant le droit d'exemption et le droit de renonciation).....	4
1.4	Entrée en vigueur de la protection.....	9
1.5	Protections disponibles	12
1.6	Changement de protection	12
1.7	Changement de régime d'assurance maladie	14
1.8	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	16
1.9	Droit de transformation	17
1.10	Maintien des protections lors d'un congé sans traitement	18
1.11	Maintien des protections lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat	19
1.12	Renouvellement de contrat	20
1.13	Régimes disponibles pour les personnes retraitées	22
2-	Régime obligatoire d'assurance maladie	23
2.1	Tableau des garanties	23
2.2	Description des garanties	33
2.3	Exclusions et limitation	45
3-	Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage	46
3.1	Assurance voyage avec assistance	46
3.2	Assurance annulation de voyage.....	53
3.3	Dispositions applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage	60
4-	Régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée obligatoire	62
4.1	Définitions d'invalidité	62
4.2	Clauses communes aux deux (2) régimes	63
5-	Régime complémentaire 3 d'assurance vie	69
5.1	Assurance vie de la personne adhérente.....	69
5.2	Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.....	71

5.3	Bénéficiaire.....	71
5.4	Droit au paiement anticipé.....	71
6-	Comment faire une demande de prestations.....	73
6.1	Frais hospitaliers.....	73
6.2	Médicaments.....	73
6.3	Autres frais du régime d'assurance maladie.....	74
6.4	Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile.....	74
6.5	Assurance vie.....	75
6.6	Assurance salaire de longue durée.....	75
6.7	Assurance voyage avec assistance.....	75
6.8	Assurance annulation de voyage.....	76
6.9	Où envoyer une demande de prestations.....	77
6.10	Dossier et renseignements personnels.....	77
	Modifications importantes au 1^{er} janvier 2003.....	I
	Modifications importantes au 1^{er} janvier 2005.....	III
	Modifications importantes au 1^{er} janvier 2006.....	V

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 DÉFINITIONS

1.1.1 Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente, de sa personne conjointe, ou des deux, ou un enfant habitant avec la personne adhérente et pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises, ou un enfant à l'égard duquel la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale (ou l'exercerait si l'enfant était mineur), non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien, et qui répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- est âgé de moins de 18 ans;
- est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein une maison d'enseignement reconnue, à titre d'étudiant dûment inscrit;
- quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date. Toute personne atteinte de déficience fonctionnelle telle que définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) est également considérée en invalidité totale.

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire maintient son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à SSO et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

1.1.2 Personne adhérente

Toute personne employée qui participe au régime d'assurance collective de la CSQ.

1.1.3 Personne assurée

La personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge.

1.1.4 Personne conjointe

La personne qui l'est devenue à la suite d'un mariage légalement contracté au Québec ou ailleurs et reconnu comme valable par les lois du Québec, ou par le fait pour une personne de résider en permanence depuis plus d'un an (aucune période minimale de temps requise dans le cas où un enfant est issu de leur union ou dans le cas où des procédures légales d'adoption sont entreprises) avec une personne de sexe différent ou de même sexe qu'elle présente ouvertement comme sa conjointe ou son conjoint. La dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union de fait (un mariage non légalement contracté).

La personne adhérente doit aviser SSQ par écrit lors de tout changement relatif à sa conjointe ou son conjoint de manière à corriger son dossier d'assurance en conséquence.

1.1.5 Personne employée

Toute personne qui est visée par une entente nationale ou par une convention collective de travail conclue avec un syndicat en entente de service ou affilié à la CSQ.

1.1.6 Personnes à charge

Les personnes à charge d'une personne adhérente sont sa personne conjointe et ses enfants à charge.

1.1.7 Traitement pour fins d'assurance

La rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle, selon la convention collective qui s'applique, incluant les primes pour disparités régionales et toute rétroactivité salariale mais excluant tout boni, toute rétribution de temps supplémentaire et toute prime de séparation. Cette rémunération est basée sur le traitement annuel servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective.

Pour toute personne employée à temps partiel, le traitement est calculé au prorata du temps qu'elle travaille par rapport à la semaine régulière de la personne employée à temps plein. Toutefois, pour la personne enseignant à temps partiel, le traitement est calculé au prorata de la charge d'enseignement qu'elle assume par rapport à la charge individuelle d'enseignement à temps plein.

Le traitement mensuel égale 1/12 du traitement annuel.

1.2 ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Sous réserve des exclusions prévues à la convention collective s'appliquant à la personne employée, est admissible à l'assurance toute personne qui est visée par une convention collective conclue par un syndicat en entente de service ou affilié à la CSQ et qui fait partie de l'une des catégories suivantes :

- le personnel enseignant à l'emploi d'une commission scolaire;
- les professeurs à l'emploi d'un cégep;

- le personnel professionnel et de soutien d'une commission scolaire ou d'un cégep;
- le personnel du secteur de la santé et des services sociaux. Cependant, les personnes employées travaillant à 25 % ou moins du temps plein qui ne participent pas aux régimes d'assurance prévus à la convention collective sont admissibles au régime maladie I seulement;
- le personnel faisant partie de tout autre groupe accepté par le preneur.

C'est la convention collective qui détermine à quel moment ces personnes sont admissibles.

1.3 PARTICIPATION À L'ASSURANCE (INCLUANT LE DROIT D'EXEMPTION ET LE DROIT DE RENONCIATION)

Afin de faire connaître à SSQ les régimes auxquels elle désire participer, la personne admissible doit remplir le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* disponible auprès de l'employeur et le remettre à ce dernier. L'employeur se charge de transmettre le formulaire à SSQ.

1.3.1 Régime d'assurance maladie

a) Caractère obligatoire

Toute personne admissible au régime d'assurance maladie doit **obligatoirement** y participer à moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit au point b).

La personne doit participer à l'un ou l'autre des trois (3) régimes d'assurance maladie suivants :

- Régime maladie I

- Régime maladie 2

IMPORTANT

La durée minimale de participation à ce régime est de 12 mois.

- Régime maladie 3

IMPORTANT

La durée minimale de participation à ce régime est de 24 mois.

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, la personne adhérente doit protéger sa personne conjointe et ses enfants à charge, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du régime d'assurance maladie, la protection détenue par la personne adhérente dans le régime choisi doit être conforme à l'exigence de la loi en cette matière. Ainsi toutes les personnes assurées doivent être protégées par le même régime d'assurance maladie.

IMPORTANT

Pour la personne adhérente
qui atteint l'âge de 65 ans

Aucune modification n'est apportée à la couverture de la personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans. Cette dernière conserve l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie, y compris la garantie de médicaments et ce, sans que la prime ne soit modifiée.

Toutefois, selon les règles de la RAMQ, la personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au RGAM. **Toute personne qui atteint l'âge de 65 ans doit donc se désengager de la RAMQ afin d'éviter de payer la prime relative au Régime général d'assurance médicaments.** La personne qui malgré tout maintient son inscription à la RAMQ ne pourra recevoir de SSO

le remboursement de sa contribution financière à la RAMQ (aucun remboursement de la franchise mensuelle, de la coassurance ou de la prime annuelle).

b) Droit d'exemption

i) Début d'exemption

Une personne peut refuser d'adhérer au régime d'assurance maladie ou cesser d'y participer, à la condition qu'elle établisse qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif comportant des prestations similaires. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et fournir la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption. L'exemption prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

La personne qui participe au régime maladie 2 ou maladie 3 peut s'exempter même si la période minimale de participation de 12 ou 24 mois n'est pas complétée.

Même si une personne est exemptée du régime d'assurance maladie, elle a l'obligation de participer au régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée et peut également adhérer au régime complémentaire 3 d'assurance vie. De plus, elle doit acquitter la cotisation annuelle de 15 \$ relative à la contribution des membres de la CSQ au régime d'assurance collective des personnes retraitées de l'AREQ (Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec).

ii) Terminaison d'exemption

La personne exemptée du régime d'assurance maladie qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime collectif peut réintégrer le régime d'assurance maladie. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et donner la raison de la terminaison de l'assurance ayant permis l'exemption.

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption

La personne peut alors choisir le régime qui lui convient (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) selon la protection désirée (individuelle, monoparentale ou familiale). La protection entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption .

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption plus de 30 jours après la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption

Le régime maladie 1 prend alors effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ, selon la protection désirée (individuelle, monoparentale ou familiale).

La participation au régime maladie 2 ou maladie 3 est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ. La protection en vertu de ces régimes prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

1.3.2 Régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée

a) Caractère obligatoire

La participation au régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée est obligatoire à moins de se prévaloir du droit de renonciation décrit au point b).

b) Droit de renonciation au régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée

En plus des règles habituelles de terminaison prévues au contrat (personne adhérente âgée de 63 ans, fin d'emploi, etc.), une personne peut refuser de participer ou terminer sa participation au régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- participer exclusivement au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 ans de service ou plus;
- être âgée de 53 ans et plus;
- être un membre d'une corporation professionnelle protégée en vertu d'un régime d'assurance salaire de longue durée offert par cette corporation professionnelle en autant que cette protection soit équivalente à celle fournie par le présent régime;

- avoir signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux (2) ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ.

La personne qui désire se prévaloir du droit de renonciation doit faire parvenir à SSQ, par le biais de son employeur, le formulaire *Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée* dûment rempli. Ce formulaire est disponible chez l'employeur.

IMPORTANT

La personne qui se prévaut du droit de renonciation ne peut plus réintégrer le régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

1.3.3 Régime complémentaire 3 d'assurance vie

La participation au régime complémentaire 3 d'assurance vie est facultative.

La personne qui décide de participer à ce régime doit le spécifier sur le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement*.

1.4 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION

Pour que la protection de chacun des régimes entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates spécifiées ci-dessous, la personne employée doit être au travail ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi à cette date, sinon la protection prendra effet à la date effective du retour au travail.

1.4.1 Régime d'assurance maladie

- a) Si l'employeur reçoit la Demande d'adhésion ou de changement dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité*

Le régime d'assurance maladie choisi (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon la protection demandée (individuelle, monoparentale, familiale ou l'exemption).

- b) Si l'employeur reçoit la Demande d'adhésion ou de changement plus de 30 jours après la date d'admissibilité

Le régime d'assurance maladie 1 est octroyé par défaut à la personne employée, avec une protection individuelle, à compter de la date d'admissibilité.

Si la personne employée a demandé une protection monoparentale, familiale ou une exemption, la protection demandée est accordée dans le régime maladie 1 à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Si la personne employée a demandé de participer au régime maladie 2 ou maladie 3, l'obtention de ce régime est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

1.4.2 Régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée

Le régime complémentaire 2 entre en vigueur dès que la personne employée est admissible.

1.4.3 Régime complémentaire 3 d'assurance vie

a) Si l'employeur reçoit la Demande d'adhésion ou de changement dans les 30 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- la date d'admissibilité*;
- le mariage;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- le décès de la personne conjointe.

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur à compter de la date de l'événement.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

b) Si l'employeur reçoit la Demande d'adhésion ou de changement plus de 30 jours après les événements décrits au paragraphe précédent

Tous les montants d'assurance vie demandés sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

* Note : Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), le délai de 30 jours s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

1.5 PROTECTIONS DISPONIBLES

Lors de son adhésion, la personne peut choisir une des protections suivantes :

- la protection **individuelle** qui protège la personne employée seulement;
- la protection **monoparentale** qui protège la personne employée et les enfants à charge;
- la protection **familiale** qui protège la personne employée, la personne conjointe et les enfants à charge, s'il y a lieu.

1.6 CHANGEMENT DE PROTECTION

1.6.1 Augmentation de protection

La personne adhérente peut augmenter sa protection d'une des façons suivantes :

- modifier sa protection **individuelle** pour une protection **monoparentale** ou **familiale**;
- modifier sa protection **monoparentale** pour une protection **familiale**.

L'augmentation de protection ne peut se faire que lorsqu'il y a reconnaissance de nouvelles personnes à charge à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et le faire parvenir à l'employeur.

- a) Si l'employeur reçoit la *Demande d'adhésion ou de changement* dans les 30 jours suivant la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement.

- b) Si l'employeur reçoit la *Demande d'adhésion ou de changement* plus de 30 jours après la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

- i) Régime d'assurance maladie

La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

- ii) Régime complémentaire 3 d'assurance vie (de la personne conjointe et des enfants à charge)

Des preuves d'assurabilité sont requises et la nouvelle protection prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

1.6.2 Réduction de la protection

La personne adhérente peut réduire sa protection d'une des façons suivantes :

- modifier sa protection **familiale** pour une protection **monoparentale** ou **individuelle**;
- modifier sa protection **monoparentale** pour une protection **individuelle**.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et le faire parvenir à l'employeur.

La nouvelle protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

Toutefois, en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, la personne adhérente doit protéger sa personne conjointe et ses enfants à charge, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du régime d'assurance maladie, la protection détenue par la personne adhérente dans le régime choisi doit être conforme à l'exigence de la loi en cette matière. Ainsi toutes les personnes assurées doivent être protégées par le même régime d'assurance maladie.

IMPORTANT

Assurez-vous de faire le nécessaire auprès de votre employeur afin que SSQ soit avisée de toute modification concernant vos personnes à charge. La protection que vous détenez au régime d'assurance maladie (individuelle, monoparentale ou familiale) doit correspondre à votre situation familiale réelle si vous voulez éviter de payer des primes inutilement.

1.7 CHANGEMENT DE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1.7.1 Augmentation du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut augmenter de régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- changer le régime **maladie 1** pour le régime **maladie 2 ou maladie 3**;
- changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 3**.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et le faire parvenir à l'employeur.

a) Si l'employeur reçoit la *Demande d'adhésion ou de changement* dans les 30 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Le nouveau régime demandé entre en vigueur à la date de l'événement.

b) Si l'employeur reçoit la *Demande d'adhésion ou de changement* plus de 30 jours après les événements décrits au paragraphe précédent

L'obtention du nouveau régime d'assurance maladie est sujette à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

1.7.2 Réduction du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut réduire de régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- changer le régime **maladie 3** pour le régime **maladie 2 ou maladie 1**;
- changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 1**.

IMPORTANT

La personne adhérente doit avoir complété la période minimale de participation de 12 mois au régime maladie 2 ou de 24 mois au régime maladie 3 avant d'effectuer une réduction du régime d'assurance maladie.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir un nouveau formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et le faire parvenir à l'employeur.

Le nouveau régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

1.8 EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide avant la retraite et qu'elle le demeure de façon continue pendant plus de 52 semaines consécutives, elle demeure assurée sans paiement de primes à compter de la première journée ouvrable de la période de paie qui suit la 52^e semaine consécutive d'invalidité totale. Selon le régime concerné, l'exonération des primes se poursuit jusqu'à la première des dates suivantes :

1.8.1 Régime d'assurance maladie

- a) le dernier jour d'une période de 36 mois d'exonération pour une même période d'invalidité totale. Cette personne devient alors admissible à l'AREQ et au régime d'assurance maladie offert aux membres d'ASSUREQ. Elle doit faire sa demande de participation à SSQ dans les 90 jours suivant cette date;
- b) le 30 juin qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance. Si à cette date la personne reçoit encore une rémunération de son employeur, l'exonération se termine alors à la dernière journée de rémunération reçue de son employeur;

c) la date de fin de sa période d'invalidité totale.

1.8.2 Régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée et régime complémentaire 3 d'assurance vie

a) le 30 juin qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance;

b) la date de fin de sa période d'invalidité totale.

Toutefois, toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

1.9 DROIT DE TRANSFORMATION

1.9.1 Régime d'assurance maladie

Toute personne adhérente dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'être admissible pour une autre raison que la retraite ou la fin de l'exonération des primes, peut, sans preuves d'assurabilité, obtenir un contrat individuel d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par SSQ. Pour ce faire, la personne adhérente doit transmettre une demande écrite à SSQ dans les 31 jours suivant la date où elle cesse d'être admissible et payer la première prime à l'intérieur de ce délai. Ce droit s'applique également aux personnes à charge assurées.

1.9.2 Régime complémentaire 3 d'assurance vie

En plus de la possibilité de maintenir sa protection pour une période de deux (2) ans (voir section **5.1.2**), toute personne adhérente dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'être admissible pour une autre raison que la fin du contrat peut, sans preuves d'assurabilité, obtenir un contrat individuel d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans, aux taux et conditions fixés par SSQ. Pour ce faire, la personne adhérente doit transmettre une demande écrite à SSQ

dans les 31 jours suivant la date où elle cesse d'être admissible et payer la première prime à l'intérieur de ce délai. Pour la première année, la prime peut être pour un contrat d'assurance temporaire d'un an. Ce droit s'applique également aux personnes à charge assurées.

Cependant, le montant d'assurance vie transformé ne peut être supérieur au montant d'assurance vie détenu en vertu du présent régime et dans le cas où la personne adhérente s'inscrit au régime des personnes retraitées, le montant transformé ne peut être supérieur à la différence entre le montant détenu en vertu du présent régime et celui détenu en vertu du régime d'assurance vie des personnes retraitées.

1.10 MAINTIEN DES PROTECTIONS LORS D'UN CONGÉ SANS TRAITEMENT

Lors d'un congé sans traitement, la personne adhérente non invalide doit choisir l'une des deux (2) options suivantes :

- a) Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement**
- b) Conserver l'ensemble des régimes détenus avant le congé sans traitement**

Le choix effectué s'applique pour la durée du congé sans traitement et aussi longtemps que la personne continue d'être admissible à l'assurance, pourvu qu'elle fasse une demande écrite à son employeur dans les 30 jours suivant la date de début de son congé et que la prime payable soit acquittée. Les formulaires à cet effet sont disponibles chez l'employeur.

Lorsque la protection en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée n'est pas maintenue, aucune invalidité survenant durant la période de suspension de la protection ne sera reconnue. Toute personne en congé sans traitement qui a choisi de ne conserver que le régime d'assurance maladie 1 se voit octroyer, à son retour effectif au travail, les protections qu'elle détenait avant son congé.

1.11 MAINTIEN DES PROTECTIONS LORS D'UNE MISE À PIED OU D'UNE FIN DE CONTRAT

Lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, la personne adhérente doit choisir l'une des deux (2) options suivantes :

- a) **Conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement**
- b) **Conserver l'ensemble des régimes détenus avant la mise à pied ou la fin de contrat**

Le choix effectué s'applique pour une durée de 120 jours à compter de la date de la fin de protection* pourvu que la personne employée fasse une demande écrite à son employeur dans les 30 jours suivant la date de mise à pied ou de fin de contrat et que la prime payable soit acquittée. Si à la fin de la période de 120 jours la personne adhérente n'a pas repris son emploi, sa protection prend fin.

Lorsque la protection en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée n'est pas maintenue, aucune invalidité survenant durant la période de suspension de la protection ne sera reconnue.

* Note : Les enseignantes et enseignants des commissions scolaires terminant leur contrat au cours des mois de mai, juin, juillet et août voient leur protection maintenue jusqu'au 31 août. La période de 120 jours débute donc à compter du 1^{er} septembre.

IMPORTANT

Toute personne adhérente assurée en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée au moment où survient une invalidité a droit aux prestations prévues par ce régime et ce, même si elle est par la suite mise à pied ou que son contrat n'est pas renouvelé. La personne invalide dans cette situation doit cependant communiquer avec SSO à compter de la date de sa fin d'emploi. SSO prendra alors des arrangements directement avec elle afin de lui permettre de conserver ses droits à l'exonération des primes de même qu'à la rente d'invalidité.

1.12 RENOUELEMENT DE CONTRAT

(Enseignantes et enseignants de commissions scolaires seulement)

Lorsqu'une personne signe un nouveau contrat dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective, la **date de prise d'effet du nouveau contrat** détermine la date de début de la protection et du prélèvement des primes.

1.12.1 Nouveau contrat prenant effet au cours des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire

La protection débute rétroactivement à la date de début de l'année scolaire et les primes sont perçues à compter de cette date. La personne se voit octroyer les mêmes protections qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente. Elle n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité au régime. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et désire maintenant y participer, la règle suivante s'applique :

Tous les montants d'assurance vie sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves par SSQ.

1.12.2 Nouveau contrat prenant effet au-delà des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire mais à l'intérieur de la période de 120 jours de maintien de protection

La personne qui n'a pas repris le travail dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective au cours des trois (3) premières périodes de paie de l'année scolaire doit choisir, pour une période de 120 jours, une des deux (2) options décrites à la section 1.11. Le prélèvement des primes lors du retour au travail dépend du choix effectué.

- a) Si la personne a conservé l'ensemble des régimes qu'elle détenait

Le prélèvement des primes ne débutera qu'à compter de la fin de la période de 120 jours.

- b) Si la personne a conservé le régime d'assurance maladie 1 seulement

Le prélèvement des primes pour l'ensemble des régimes qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente débutera dès son retour au travail et SSQ remboursera la prime du régime d'assurance maladie 1 déjà payée, soit celle pour la période débutant à la date du retour au travail et se terminant à la fin de la période de 120 jours.

La personne n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et désire maintenant y participer, la même règle que celle décrite à la section **1.12.1** s'applique.

1.12.3 Nouveau contrat prenant effet au-delà de la période de 120 jours de maintien de protection

La personne est alors considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes. Les protections qu'elle détenait à la fin de l'année précédente ne lui sont pas automatiquement octroyées. Elle peut choisir à nouveau le régime d'assurance maladie qu'elle désire (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) et participer ou non au régime complémentaire 3 d'assurance vie. Les règles décrites aux sections **1.3** et **1.4** s'appliquent alors.

Toutefois, la personne qui a maintenu sa protection d'assurance vie au cours de la période de 120 jours et dont le nouveau contrat prend effet dans les 31 jours

suivant la fin de la période de 120 jours n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité pour conserver ses montants d'assurance vie au-delà de 50 000 \$.

1.13 RÉGIMES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES RETRAITÉES

Des régimes collectifs d'assurance maladie et d'assurance vie sont disponibles pour les personnes prenant leur retraite.

Pour adhérer à ces régimes, vous devez d'abord être membre de l'AREQ et faire parvenir votre demande d'adhésion à ASSUREQ dans les 90 jours qui suivent la date où vous êtes admissible.*

Dès que vous connaissez la date de votre retraite, demandez à SSQ l'information nécessaire. SSQ vous fera parvenir la documentation à ce sujet incluant la demande d'adhésion à l'AREQ et aux régimes d'assurance collective offerts par ASSUREQ.

* Note : Pour les enseignantes et les enseignants des commissions scolaires prenant leur retraite en mai, juin, juillet et août, la date d'admissibilité aux régimes des personnes retraitées est le 1^{er} septembre suivant.

2- RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais qui s'appliquent à des traitements, soins ou fournitures nécessaires au traitement d'une maladie, d'une blessure et dans le cas d'une grossesse.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des traitements, soins ou fournitures dispensés par une ou un professionnel(le) de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux traitements, soins ou fournitures en cause ou, à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente, sous réserve des règles établies par SSQ pour la reconnaissance de chaque association .

2.1 TABLEAU DES GARANTIES

Le tableau suivant énumère les garanties dont vous bénéficiez, selon le régime d'assurance maladie que vous avez choisi. Le chiffre apparaissant sous le nom de la garantie réfère au numéro sous lequel celle-ci est décrite à la section **2.2**.

Pour ce qui est des garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage, nous vous invitons à consulter le chapitre **3** pour connaître les clauses et conditions qui s'appliquent.

Lorsque l'ordonnance médicale est requise, celle-ci devrait indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales et/ou les indications thérapeutiques justifiant la prescription de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Médicaments (2.2.1)	Franchise annuelle de 50 \$ par certificat 80 % des premiers 3 500 \$ de frais admissibles au-delà de la franchise, par certificat, par année civile, et 100 % des frais excédentaires	Aucune franchise 80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, par certificat, par année civile, et 100 % des frais excédentaires	Aucune franchise 80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, par certificat, par année civile, et 100 % des frais excédentaires	Oui
Assurance voyage avec assistance (3.1)	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée / voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée / voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée / voyage	S/O
Assurance annulation de voyage (3.2)	100 % 5 000 \$ / personne assurée / voyage	100 % 5 000 \$ / personne assurée / voyage	100 % 5 000 \$ / personne assurée / voyage	S/O
Ambulance (2.2.2)	80 %	80 %	80 %	Non

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Frais de transport par avion d'une ou d'un malade alité(e) (2.2.3)	80 %	80 %	80 %	Oui
Frais hospitaliers au Canada (2.2.4)	S/O	100 % du coût d'une chambre semi-privée	100 % du coût d'une chambre semi-privée	Non
Mutilation accidentelle (2.2.5)	S/O	25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	S/O
Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles (2.2.6)	S/O	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / accident	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / accident	Non
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital (2.2.7)	S/O	80 %	80 %	Oui

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène (2.2.8)	S/O	80 %	80 %	Oui
Appareils thérapeutiques (2.2.9)	S/O	80 % Remboursement maximal viager de 10 000 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager de 10 000 \$ / personne assurée	Oui
Membres artificiels et prothèses externes (2.2.10)	S/O	80 %	80 %	Non
Prothèse capillaire (2.2.11)	S/O	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	Oui
Appareils orthopédiques (2.2.12)	S/O	80 %	80 %	Oui

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Orthèses plantaires (2.2.13)	S/O	80 %	80 %	Oui
Chaussures orthopédiques (2.2.14)	S/O	80 %	80 %	Oui
Orthophonie, ergothérapie ou audiologie (2.2.15)	S/O	80 %	80 %	Non
Bas de soutien (2.2.16)	S/O	80 % 3 paires / personne assurée / année civile	80 % 3 paires / personne assurée / année civile	Oui
Glucomètre (2.2.17)	S/O	80 % Remboursement maximal de 240 \$ / personne assurée / 36 mois	80 % Remboursement maximal de 240 \$ / personne assurée / 36 mois	Oui

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Neurostimulateur transcutané (2.2.18)	S/O	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / personne assurée / 60 mois	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / personne assurée / 60 mois	Oui
Psychothérapie (2.2.19)	S/O	50 % Remboursement maximal de 500 \$/ personne assurée / année civile	50 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles et 80 % de l'excédent Remboursement maximal de 1 500 \$ / personne assurée / année civile	Non
Acupuncture (2.2.20)	S/O	80 % Frais admissibles de 20 \$ / traitement Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	80 % Frais admissibles de 30 \$ / traitement Remboursement maximal de 600 \$ / personne assurée / année civile	Non

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Chiropractie (2.2.21)	S/O	80 % Frais admissibles de 20 \$ / traitement Remboursement maximal de 40 \$ / radiographie Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	80 % Frais admissibles de 25 \$ / traitement Remboursement maximal de 40 \$ / radiographie Remboursement maximal de 500 \$ / personne assurée / année civile	Non
Podiatrie (2.2.22)	S/O	80 % Frais admissibles de 20 \$ / traitement Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	80 % Frais admissibles de 30 \$ / traitement Remboursement maximal de 600 \$ / personne assurée / année civile	Non

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Physiothérapie (2.2.23)	S/O	80 % Frais admissibles de 25 \$ / traitement Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	80 % Frais admissibles de 35 \$ / traitement Remboursement maximal de 700 \$ (incluant les frais d'ostéopathie) / personne assurée / année civile	Non
Appareil auditif (2.2.24)	S/O	80 % Remboursement maximal de 560 \$ / personne assurée / 48 mois	80 % Remboursement maximal de 560 \$ / personne assurée / 48 mois	Non
Homéopathie (2.2.25)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 30 \$ / consultation Remboursement maximal de 600 \$ / personne assurée / année civile	Non

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Naturopathie (2.2.26)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 30 \$ / consultation Remboursement maximal de 600 \$ (incluant les frais de MKO) / personne assurée / année civile	Non
Ostéopathie (2.2.27)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 35 \$ / traitement Remboursement maximal de 700 \$ (incluant les frais de physiothérapie) / personne assurée / année civile	Non
Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie (MKO) (2.2.28)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 30 \$ / traitement Remboursement maximal de 600 \$ (incluant les frais de naturopathie) / personne assurée / année civile	Non

S/O : Sans objet

Garanties	Maladie 1	Maladie 2	Maladie 3	Ordonnance médicale
Diététique (2.2.29)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 25 \$ / consultation Remboursement maximal de 500 \$ / personne assurée / année civile	Non
Soins infirmiers (2.2.30)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 300 \$ / jour Remboursement maximal de 5 000 \$ / personne assurée / année civile	Oui
Cure de désintoxication (2.2.31)	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 80 \$ / jour Maximum de 30 jours / personne assurée / année civile	Oui
Frais de transport et d'hébergement au Québec (2.2.32)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / année civile	Oui

S/O : Sans objet

2.2 DESCRIPTION DES GARANTIES

Lorsqu'une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge engage des frais pour les garanties décrites ci-après, en autant que celles-ci fassent partie du régime d'assurance maladie choisi par la personne adhérente, SSQ rembourse ces frais selon les conditions mentionnées au tableau de la section **2.1**.

2.2.1 Médicaments

Tous les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN valide (Drug Identification Number), prescrits par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, vendus exclusivement par une pharmacienne ou un pharmacien ou vendus par une ou un médecin (incluant les infirmières ou les infirmiers dans les régions isolées) là où cette pratique est admise par la loi, sur présentation de reçus convenablement détaillés.

Les anovulants et les stérilets sont aussi admissibles.

Les substances injectées, fournies et administrées par une ou un médecin, notamment pour le traitement de varices à des fins curatives et non esthétiques, sont également couvertes, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 20 \$ par injection. L'acte médical n'est pas couvert.

Les médicaments visés par cette garantie sont ceux inscrits à l'édition courante de la liste de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

Certains de ces médicaments, communément appelés «médicaments d'exception dans la liste RAMQ», ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance

médicaments (RGAM). Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de SSQ.

Exclusions

Les produits suivants ne sont pas couverts :

- médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu d'un programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits «orphelins»;
- médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle;
- médicaments servant à traiter les problèmes de dysfonction érectile;
- produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

- écrans solaires;

Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente garantie et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de SSQ, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;

- produits anti-tabac non couverts par le RGAM.

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service

pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

Limitation

La contribution de la patiente ou du patient (franchise, coassurance et prime annuelle) exigée d'une personne assurée couverte sous le Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ n'est pas couverte par la présente garantie.

SYSTÈME ESI

La personne adhérente peut se prévaloir du service de transmission électronique des réclamations offert par ESI. La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la section **6.2**.

2.2.2 Ambulance

Les frais d'ambulance pour le transport à l'hôpital (aller et retour), y compris le transport aérien en cas d'urgence dans les régions éloignées, de même que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

2.2.3 Frais de transport par avion d'une ou d'un malade alité

Sur ordonnance médicale :

- les frais de transport par avion d'une ou d'un malade alité occupant l'équivalent de deux (2) sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen;
- les frais de transport par avion pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente ou patient interne à l'hôpital le plus rapproché où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription de la ou du médecin;
- les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une hospitalisation.

2.2.4 Frais hospitaliers au Canada

Lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, les frais de chambre, pour la portion en excédent des frais hospitaliers en salle publique, sont couverts jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une **chambre semi-privée** tel que prévu par les tarifs décrétés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ce, quel que soit le nombre de jours.

La contribution de la personne assurée exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée, de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital à la personne assurée, ne sont pas couverts par cette garantie.

2.2.5 Mutilation accidentelle (MA)

En cas de perte accidentelle d'un membre, pendant que l'assurance est en vigueur et si cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, la personne adhérente reçoit pour la perte subie par elle-même ou l'une de ses personnes à charge, s'il y a lieu, un montant tel que décrit dans le tableau qui suit, sans toutefois excéder 50 000 \$ pour toutes les pertes relatives au même accident.

PERTE	MONTANT
<ul style="list-style-type: none"> • des deux (2) mains ou des deux (2) pieds ou de la vue des deux (2) yeux 	50 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • d'une main et d'un pied 	50 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • d'une main et de la vue d'un œil 	50 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • d'un pied et de la vue d'un œil 	50 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • d'une main ou d'un pied 	25 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • de la vue d'un œil 	25 000 \$

N.B. : Par « perte », on entend la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre à la suite d'un accident.

La perte de la vue signifie la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

Exclusions

Les prestations d'assurance en cas de mutilation accidentelle ne sont pas payables pour une perte due à l'une des causes suivantes :

- a) participation active à un acte criminel;
- b) tentative de suicide ou blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) guerre, émeute ou insurrection;
- d) service actif dans les forces armées;
- e) voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'un aéronef, sauf si la personne assurée agit en tant que professeur de pilotage tel que prévu dans la convention collective ou dans son contrat individuel de travail.

2.2.6 Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles

Les honoraires professionnels d'une chirurgienne ou d'un chirurgien dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance (les bris de dents survenus en mangeant ne sont pas couverts), à condition que les soins soient donnés à l'intérieur des 24 mois suivant la date de l'accident. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants et actes prévus au guide de **l'année courante** de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

Tout acte, traitement, prothèse, de quelle que nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

Dans cette garantie, nous entendons par « accident » tout événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles. Également, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même ou soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

2.2.7 Fauteuil roulant ou lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant non-motorisé ou d'un lit d'hôpital. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent tous deux être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un **besoin temporaire**.

2.2.8 Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil d'assistance respiratoire et l'oxygène.

2.2.9 Appareils thérapeutiques

Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation.

Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer (à titre d'exemple) :

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur);

- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);
- c) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- d) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- e) la pompe à insuline;
- f) les vêtements pour le traitement de brûlures;
- g) l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature.

S'il est prévu que le coût total des frais à encourir dépasse 2 000 \$, une autorisation de SSQ doit être obtenue avant d'engager les frais.

2.2.10 Membres artificiels et prothèses externes

Les frais d'achat de membres artificiels ainsi que l'achat d'autres prothèses externes (les prothèses dentaires et capillaires, les appareils auditifs, les lunettes et verres de contact sont exclus).

2.2.11 Prothèse capillaire

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire initiale devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie .

2.2.12 Appareils orthopédiques

Les frais d'achat, de location ou de remplacement de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils.

2.2.13 Orthèses plantaires

Les frais d'achat d'orthèses plantaires (supports de voûte plantaire, semelles de compensation). Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

2.2.14 Chaussures orthopédiques

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

La présente garantie ne couvre pas les chaussures profondes ainsi que toutes formes de sandales.

2.2.15 Orthophonie, ergothérapie ou audiologie

Les honoraires pour des services rendus par une ou un orthophoniste, ergothérapeute ou audiologiste.

2.2.16 Bas de soutien

Les frais d'achat de bas de soutien à compression moyenne ou forte (20 mm de Hg ou plus), dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

2.2.17 Glucomètre

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un glucomètre.

2.2.18 Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

2.2.19 Psychothérapie

Les frais de consultation en psychothérapie pour les services rendus par des psychologues, des psychiatres, des travailleuses ou des travailleurs sociaux ou des conseillères ou des conseillers en orientation.

2.2.20 Acupuncture

Les honoraires d'une acupuntrice ou d'un acupuncteur.

2.2.21 Chiropractie

Les honoraires d'une chiropraticienne ou d'un chiropraticien. Les frais de radiographies sont également couverts.

2.2.22 Podiatrie

Les honoraires d'une ou d'un podiatre.

2.2.23 Physiothérapie

Les frais de traitements administrés par une ou un physiothérapeute, ou une ou un thérapeute en réadaptation physique sous la surveillance d'une ou d'un physiothérapeute ou d'une ou d'un psychiatre.

2.2.24 Appareil auditif

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil auditif. Cette garantie couvre également les honoraires de l'audioprothésiste.

2.2.25 Homéopathie

Les frais de consultation d'une ou d'un homéopathe. Sur recommandation écrite de l'homéopathe ou d'un médecin, cette garantie couvre aussi les remèdes ou traitements homéopathiques.

2.2.26 Naturopathie

Les honoraires professionnels d'une ou d'un naturopathe.

Les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations ne sont pas couverts.

2.2.27 Ostéopathie

Les frais de traitements administrés par une ou un ostéopathe.

2.2.28 Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie (MKO)

Les frais de traitements administrés par une ou un massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute.

2.2.29 Diététique

Les frais de consultation d'une ou d'un diététiste.

2.2.30 Soins infirmiers

Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié, ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire

dûment licencié, pour les soins dispensés à domicile, de façon continue et exclusive, à la personne assurée. La personne prodiguant ces services professionnels ne doit pas résider habituellement avec la personne assurée ni faire partie de sa famille.

Ces services professionnels doivent être prescrits par la ou le médecin traitant et doivent faire suite à une hospitalisation.

2.2.31 Cure de désintoxication

Le coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue par SSO, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques ou autres toxicomanes, pour autant que la personne assurée reçoive effectivement un traitement curatif.

La clinique doit être située au Canada et sous le contrôle d'une ou un médecin ou d'une infirmière ou un infirmier licencié.

2.2.32 Frais de transport et d'hébergement au Québec

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec occasionnés par une consultation pour des **services professionnels, dispensés par un médecin spécialiste, non disponibles dans la région de résidence de la personne assurée**. Les frais admissibles sont :

- les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence

de la personne assurée. Sont également admissibles les frais pour un traitement non disponible dans cette région et rendu par un médecin spécialiste;

- les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de l'assuré;
- pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée ainsi que par la personne qui l'accompagne.

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par certaines régions régionales de la santé. Ce programme est toutefois administré par l'établissement responsable du traitement de la personne assurée. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, la personne assurée est priée de communiquer avec l'hôpital, le CSLC ou la Régie régionale. Ces organismes sont « premiers payeurs » et seuls les frais non remboursés par ces organismes sont admissibles.

2.3 EXCLUSIONS ET LIMITATION

2.3.1 Exclusions

Aucunes prestations ne sont versées pour des frais engagés :

- a) à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
- b) à la suite de participation à un crime;
- c) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- d) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
- e) pour des fins d'esthétique, sauf si spécifié autrement;
- f) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental;
- g) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) qui sont remboursés ou payables par tout autre régime privé, individuel ou collectif;
- i) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- j) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- k) pour les services ou produits servant au traitement de l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle.

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

2.3.2 Limitation

Un seul traitement par personne assurée, par jour, par la ou le même professionnel(le), est admissible.

3- ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

3.1 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE

L'assurance voyage couvre la personne adhérente et, si elles sont assurées, ses personnes à charge.

Les frais admissibles décrits plus loin le sont dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou **d'une maladie subite et inattendue** survenus alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et que son état de santé nécessite des soins d'urgence. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

IMPORTANT

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ, que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection :

- s'est aggravée;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- est instable;
- est en phase terminale d'évolution;
- est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage,

il est recommandé de communiquer, quelques semaines avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage CanAssistance. Vous obtiendrez ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans votre situation. Les numéros de téléphone pour joindre CanAssistance apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ de même qu'à la section **3.1.4**.

L'assurance voyage offre une couverture à la personne assurée tant et aussi longtemps qu'elle est protégée en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence (la RAMQ, par exemple).

3.1.1 Frais admissibles

- a) Les frais d'hospitalisation pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- b) Les honoraires professionnels de médecin pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- c) Les frais de transport en ambulance à l'hôpital le plus proche par un ambulancier licencié;
- d) Les frais de médicaments qui exigent une ordonnance médicale;
- e) Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier privé à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire, qui n'est ni parent, ni compagne ou compagnon de voyage. Ces frais sont sujets à un remboursement maximal de 5 000 \$;
- f) Les honoraires de chiropraticien, podiatre et physiothérapeute;
- g) Les frais de location d'un fauteuil roulant, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire;
- h) Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies;
- i) L'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;
- j) Les honoraires de chirurgien dentiste pour lésions accidentelles aux dents naturelles jusqu'à 1 000 \$ dans les 12 mois suivant l'accident;
- k) Les frais de rapatriement de la patiente ou du patient dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par SSQ;
- l) Le coût du transport aérien aller et retour d'une escorte médicale en classe économique sujet à l'autorisation préalable de SSQ. L'escorte médicale ne doit pas être un parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage;

- m) Le coût du retour du véhicule personnel ou de location de la personne assurée par une agence commerciale à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche. Un certificat médical attestant qu'une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'occuper du véhicule est exigé. Remboursement maximal : 1 000 \$. L'autorisation de SSQ est requise;
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au lieu de résidence de la personne assurée au Canada. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ. Remboursement maximal : 5 000 \$;
- o) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation de 24 heures ou plus de la personne assurée elle-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou de sa compagne ou son compagnon de voyage, jusqu'à 150 \$ par jour et d'un maximum de 1 200 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées par la présente garantie;
- p) Les frais de transport aller-retour d'un proche parent ou d'un ami, par le moyen le plus économique, dans le but de visiter la personne assurée hospitalisée depuis au moins sept (7) jours ou d'identifier la personne assurée décédée, sous réserve d'un remboursement maximal de 2 500 \$. Sujet à l'autorisation préalable de SSQ;
- q) Le coût des services d'assistance voyage décrits à la section **3.1.4**.

3.1.2 Limitations à l'assurance voyage

- a) Lorsqu'une personne assurée obtient un diagnostic ou reçoit un traitement d'urgence pour une condition médicale et que cette condition ou ce diagnostic requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou des chirurgies supplémentaires, et que

la personne assurée a choisi d'obtenir ces services, traitements ou chirurgies à l'extérieur de sa province de résidence alors que la preuve médicale révèle qu'elle aurait pu retourner dans sa province pour les obtenir, SSQ n'assume pas le coût de ces services, traitements ou chirurgies;

- b) SSQ se réserve le droit de rapatrier la personne assurée lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère SSQ quant aux frais engagés par la suite;
- c) Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par personne assurée pour chaque séjour à l'étranger.

3.1.3 Exclusions à l'assurance voyage

Les frais suivants ne sont pas couverts par la garantie :

- a) les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) les frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatif et non urgent, ainsi que les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais nécessaires immédiatement par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui

- peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- f) les frais hospitaliers dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour maladies chroniques dans un hôpital public ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
 - g) les pertes causées pour les raisons décrites à la section **3.3.1**.

3.1.4 Assistance voyage

La garantie d'assurance voyage comporte un volet spécial relatif à l'assistance voyage. En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque personne assurée par la garantie d'assurance voyage a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée qui a conclu une entente à cet effet avec SSQ.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou si des services prévus par l'assurance voyage deviennent nécessaires, le service d'assistance voyage peut non seulement avancer des fonds exigés à cet égard, mais aussi intervenir pour vous aider à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par votre régime.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus à la suite d'un accident ou d'une maladie subite :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à la personne assurée, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la patiente ou du patient aussitôt que médicalement possible;

- e) apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de prestations;
- f) si nécessaire, prendre les dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet de la patiente ou du patient ou pour coordonner le rapatriement d'une personne décédée ou l'identifier;
- g) si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour de la personne conjointe et des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (honoraires d'avocat non compris);
- l) si nécessaire, garantir le paiement des frais hospitaliers engagés;
- m) faire les demandes de remboursement à la RAMQ au nom de la personne assurée, si accepté par cette personne.

IMPORTANT

Ni SSQ ni le service d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

Si vous voyagez ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est souhaitable de communiquer avec le service d'assistance voyage avant votre départ. Des conseils utiles pour votre santé pourront vous être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le personnel du service d'assistance voyage peut être joint :

- | | |
|---|----------------|
| A) CANADA - ÉTATS UNIS | 1 800 465 2928 |
| B) AILLEURS DANS LE MONDE,
À FRAIS VIRÉS : | (514) 286-8412 |

Ces numéros de téléphones apparaissent au verso de la carte plastifiée émise par SSQ à la personne adhérente.

Vous devrez fournir votre numéro de contrat au moment de l'appel.

Note : Le service d'assistance voyage peut servir d'intermédiaire entre SSQ et la personne assurée lorsque cette dernière est tenue d'obtenir une « autorisation préalable de SSQ » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

3.2 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, **au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.**

3.2.1 Définitions

Dans la présente garantie, on entend par :

a) Accident

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

b) Compagne ou compagnon de voyage

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

c) Hôte à destination

La personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination.

d) Membre de la famille

Conjointe, conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru.

e) Associée ou associé en affaires

La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associées ou associés ou moins.

f) Frais de voyage payés d'avance

Sommes déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Sont également incluses les sommes déboursées par la personne assurée ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par l'intermédiaire d'une agence de voyages, de même que les sommes déboursées par la personne assurée ayant trait aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

g) Activité à caractère commercial

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

h) Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures

consécutives sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

3.2.2 Causes d'annulation

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

- a) une maladie ou un accident qui empêche la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, une ou un associé en affaires ou un membre de la famille de la personne assurée, de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- b) le décès de la personne adhérente, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, de la compagne ou du compagnon de voyage, d'une ou un associé en affaires;
- c) le décès d'un autre membre de la famille de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée, si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou l'assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une remise de la cause. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si la personne assurée a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;
- f) la mise en quarantaine de la personne assurée, sauf si cette quarantaine se termine plus de sept (7) jours avant la date prévue de son départ;

- g) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) un sinistre rendant la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période du voyage;
- i) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) le terrorisme dans le pays où se rend la personne assurée, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation de ne pas séjourner dans ce pays, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;
- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, dans la mesure où l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant le départ (deux (2) heures si la distance à parcourir est de moins de 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 circulation ou soit une fermeture de route (les deux (2) dernières causes devant être corroborées par un rapport de police);
- l) des conditions atmosphériques qui sont telles
 - i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage
ou
 - ii) que la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit

- annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;
- n) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale ou le tuteur légal;
 - o) le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage;
 - p) le décès d'une personne dont la personne assurée est la liquidatrice ou le liquidateur testamentaire;
 - q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.

3.2.3 Frais couverts

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - ii) les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section **3.2.2** et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler;
 - iii) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage) : le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe (ligne aérienne, autobus, train) en classe économique par la route

la plus directe jusqu'à la destination initialement prévue.

- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
- i) le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ; ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ.

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

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont couverts pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

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

- d) En cas de nécessité d'un transport aller-retour :

Les frais de transport par le moyen le plus économique suite à l'approbation par SSO ou le service d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner celle-ci à l'endroit où elle est en voyage pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- i) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est la tutrice légale ou d'une personne dont elle est la liquidatrice testamentaire;
- ii) un sinistre ayant rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3.2.4 Frais maximums admissibles

Les frais couverts ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 \$ par personne assurée, par voyage.

3.2.5 Exclusions à l'assurance annulation

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

- a) si le voyage est 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'une ou un médecin ou non;
- b) si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé;
- c) les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche;

- d) les pertes causées pour les raisons décrites dans la section **3.3.1**.

3.2.6 Délais pour demander l'annulation

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

3.3. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

3.3.1 Exclusions communes aux garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage

Ces deux (2) garanties ne couvrent pas les frais occasionnés par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) le service dans les forces armées ou, directement ou indirectement, une guerre ou une guerre civile, déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et où une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection, la participation ou la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée ou sa compagnie ou son compagnon de voyage d'un acte criminel;

- c) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus au point **n)** de la section **3.1.1**;
- d) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- e) la participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou la participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou à des activités sportives ou sous-marines à titre professionnel;
- f) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

3.3.2 Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

4- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE

Le régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de la convention collective ou le régime équivalent d'assurance salaire de courte durée et pour procurer à la personne adhérente un revenu jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si jamais une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Le régime peut différer selon le choix des membres de votre syndicat. En effet, chaque syndicat a opté collectivement pour un régime d'assurance invalidité parmi deux (2) choix possibles :

- RÉGIME A
- ou
- RÉGIME B

Le régime sélectionné par l'ensemble des membres du syndicat constitue le seul régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée disponible pour chaque membre de ce syndicat.

IMPORTANT : Pour savoir quel est le choix de votre syndicat et ainsi connaître la définition d'invalidité qui vous concerne, consultez votre certificat d'assurance, votre employeur ou votre syndicat.

4.1 DÉFINITIONS D'INVALIDITÉ

4.1.1 Régime A

L'état d'incapacité résultant d'une maladie, y incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui nécessite des soins médicaux et qui, pendant les 48 premiers mois d'invalidité, empêche complètement la personne employée d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui

est offert par l'employeur et, après les 48 premiers mois d'invalidité, empêche complètement la personne employée d'exercer tout travail rémunérateur auquel son éducation, sa formation et son expérience l'ont raisonnablement préparée.

4.1.2 Régime B

L'état d'incapacité résultant d'une maladie, y incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui nécessite des soins médicaux et qui empêche complètement la personne employée d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

4.2 CLAUSES COMMUNES AUX DEUX (2) RÉGIMES

Les descriptions suivantes du régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée sont communes aux deux (2) régimes A et B :

4.2.1 Début de la rente d'invalidité

La rente d'invalidité de SSQ commence à être versée à compter du 25^e mois d'invalidité totale.

4.2.2 Montant de la rente d'invalidité

La rente mensuelle qui sera versée est égale à 80 % du salaire mensuel net.

Le salaire net est calculé en déduisant du salaire brut : les cotisations à l'assurance emploi, les cotisations au Régime de rentes du Québec (RRQ) ou au Régime de pensions du Canada (RPC), la cotisation syndicale (établie à 1,4 % du traitement) et les impôts provincial et fédéral. Ces cinq (5) déductions du salaire ne font pas l'objet de remise réelle auprès de ces organismes de la part de SSQ. Elles servent uniquement à établir le salaire net.

Le «traitement brut» de référence est celui qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective. Si le traitement qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité est inférieur à celui qui s'appliquait au début de cette même période d'invalidité, ce dernier traitement est utilisé pour les fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance salaire de longue durée. Si le «traitement brut» de référence est supérieur à 0 \$ et inférieur à 1 200 \$ par mois, c'est ce dernier montant (1 200 \$) qui est utilisé comme «traitement brut» aux fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance salaire de longue durée.

Cependant, dans le secteur de la santé et des services sociaux, si le «traitement brut» de référence est égal à 0 \$, le «traitement brut» de référence de SSQ est aussi égal à 0 \$ et aucunes prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont payables.

N.B. : La cotisation de la prime demeure basée sur le traitement admissible réel de la personne employée.

4.2.3 Coordination de la rente

Le montant de la rente mensuelle est réduit :

- a) de tout **traitement** reçu de l'employeur;
- b) du montant mensuel initial de toute **rente de retraite** payable par le RRE ou par un autre régime de retraite concernant les personnes employées des secteurs public et parapublic ou par un autre régime privé ou public de retraite (RRQ et RPC) s'appliquant à la personne employée.

Cependant, lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de cette rente dans un contrat de rente

immobilisé (CRI), SSO établit le montant de la rente mensuelle payable par le présent régime comme si tel transfert n'avait pas eu lieu. Pour ce faire, une évaluation à la date où la personne employée aurait eu droit à une rente de retraite sans réduction actuarielle est effectuée afin de simuler la rente de retraite à laquelle elle aurait eu droit n'eût été du transfert de la valeur présente de la rente de retraite dans le CRI. Aux fins de coordination, la valeur simulée de la rente de retraite ainsi obtenue est alors considérée comme étant effectivement payée à la personne employée par le régime de retraite à compter du moment où elle y aurait eu droit n'eût été du transfert au CRI;

- c) du montant mensuel initial de toute **rente d'invalidité** payable en relation avec l'invalidité concernée, par le RRQ ou le RPC, par une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, par la Loi de l'assurance automobile du Québec et par toute autre loi sociale, moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes;
- d) de **95 %** du montant net mensuel initial de toute **rente payable en relation avec l'invalidité concernée, par le RRE ou par le RRF**, ou par un autre régime privé de retraite s'appliquant à la personne employée. Par montant net, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés. Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de cette rente.

- e) de 75 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur sauf pour la période durant laquelle s'applique un programme de réadaptation approuvé

par SSQ. Par revenu de tout emploi rémunérateur, on entend toute activité professionnelle ou commerciale pour laquelle la personne adhérente touche une compensation directe ou indirecte, immédiate ou différée, déductions faites des dépenses courantes engagées dans l'exercice de ses fonctions d'après les normes édictées par le ministère du Revenu du Québec.

Les revenus d'investissement ne sont pas considérés comme un emploi rémunérateur sauf si la personne adhérente s'adonne à cette activité de façon importante. Par activité importante, on entend une activité qui engendre un revenu supérieur à 20 % de la rente d'invalidité initiale. Dans un tel cas, seul l'excédent de 20 % est considéré comme un revenu de tout emploi rémunérateur.

Cependant, les actifs détenus avant le début de l'invalidité et les revenus d'investissement qui en découlent, incluant tout gain de capital provenant de la vente de tels actifs, ne sont pas pris en considération.

Malgré ce qui est prévu au premier paragraphe du présent point, la personne qui occupe un travail rémunérateur et qui n'en a pas avisé SSQ verra le montant de la rente mensuelle réduit de 100 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur au lieu de 75 % et ce, rétroactivement à la date de début d'emploi.

4.2.4 Indexation

À compter du 1^{er} janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente par SSQ, le montant de la rente payable est ajusté selon les mêmes modalités que celles du RRO jusqu'à concurrence d'un ajustement annuel maximum de 5 %.

4.2.5 Durée de la rente d'invalidité

La rente est versée mensuellement tant que dure l'invalidité totale, sans excéder le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

4.2.6 Période d'invalidité totale

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident séparée par moins de vingt-deux (22) jours consécutifs de travail effectif à plein salaire et de disponibilité pour un tel travail (cette période de vingt-deux (22) jours consécutifs est remplacée par une période de huit (8) jours consécutifs si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est égale ou inférieure à trois (3) mois de calendrier). Toute invalidité totale résultant d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

Dans le cas des personnes employées des cégeps, les périodes de vingt-deux (22) ou huit (8) jours mentionnées ci-dessus sont remplacées respectivement par des périodes de quinze (15) jours et cinq (5) jours.

Dans le cas des personnes employées du secteur de la santé et des services sociaux, il s'agit de quinze (15) jours de travail effectif à temps plein.

4.2.7 Emploi de réadaptation

La personne adhérente invalide, avec l'accord de SSO, peut s'engager dans un emploi qui favorise sa réadaptation. Divers avantages sont prévus pour faciliter la réadaptation.

4.2.8 Exclusions

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité :

- a) pendant laquelle la personne adhérente n'est pas sous les soins réguliers d'une ou d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de SSQ;
- b) si l'invalidité a débuté alors que la personne n'était pas assurée en vertu du présent régime;
- c) pendant laquelle la personne adhérente a droit à une indemnité d'assurance emploi non reliée à une invalidité;
- d) résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées, ou survenue par la suite d'une guerre. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale.

5- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 D'ASSURANCE VIE

Ce régime facultatif est offert sous une même forme à tous les membres de tous les syndicats à l'échelle nationale. Chaque individu choisit individuellement le contenu de son régime d'assurance vie parmi les garanties décrites ci-après.

5.1 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

5.1.1 Montant de protection

La personne adhérente peut choisir, parmi les montants suivants, la protection qu'elle désire léguer à sa ou son bénéficiaire désigné ou à ses ayants droit :

- 10 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- 25 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- 50 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- 75 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 100 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 125 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 150 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 175 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 200 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 225 000 \$ avec preuves d'assurabilité
- 250 000 \$ avec preuves d'assurabilité

IMPORTANT

Les montants de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'employeur reçoit le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité de la personne adhérente, la date de l'événement reconnaissant une nouvelle personne à charge ou le décès de la personne conjointe (voir section **1.4.3**). Par la suite, des preuves d'assurabilité sont requises.

Les montants supérieurs à 50 000 \$ sont toujours sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

La structure de tarification tient compte de l'âge de la personne adhérente. Par contre, les premiers 25 000 \$ de protection sont considérés comme de l'assurance vie de base dont le taux de primes est uniforme. Les montants excédant 25 000 \$ sont considérés comme de l'assurance vie additionnelle dont les taux de primes varient en fonction de l'âge atteint par la personne adhérente au 1^{er} janvier de l'année civile en cours.

Les montants excédant 25 000 \$ sont réduits de 50 % à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

5.1.2 Maintien de la protection en cas de perte d'emploi

La personne adhérente qui, lors de la perte de son emploi, a maintenu sa protection d'assurance vie au cours de la période de 120 jours, peut prolonger le maintien de sa protection d'assurance vie pour une période additionnelle maximale de deux (2) ans. Elle doit alors transmettre sa demande par écrit au cours des 31 jours qui suivent la fin de la période de 120 jours et continuer à acquitter les primes requises.

5.1.3 Limitation

Le capital assuré est payable peu importe la cause du décès sauf en cas de suicide de la personne adhérente, auquel cas les montants de protection en excédent de 25 000 \$ demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité* ne sont pas payables si cette personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ces montants de protection.

* Note : Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), le délai de 30 jours s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

5.2 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE

Cette garantie prévoit le paiement d'une somme de 10 000 \$ au décès de la personne conjointe et de 4 000 \$ au décès d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures.

Dans le cas d'une famille monoparentale, le capital décès de 4 000 \$ par enfant est alors augmenté d'une somme de 10 000 \$ divisée par le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Dans le cas de la personne conjointe, le capital est réduit à 5 000 \$ à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

5.3 BÉNÉFICIAIRE

Lorsqu'une personne remplit le formulaire *Demande d'adhésion ou de changement* et qu'elle adhère au régime complémentaire 3 d'assurance vie, il est très important que la désignation du bénéficiaire au décès soit clairement exprimée.

En l'absence de toute désignation spécifique faite par la personne adhérente, tout montant payable à son décès sera versé à ses ayants droit.

Quant à la somme payable au décès d'une personne conjointe ou d'un enfant à charge assuré, elle est toujours payable à la personne adhérente.

5.4 DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Lorsqu'une personne adhérente est protégée sans paiement des primes suivant les dispositions décrites à la section **1.8** et que son espérance de vie est d'au plus 12 mois, elle a le droit, en faisant une demande écrite au siège social de SSO, de recevoir des prestations d'invalidité égales au moindre de 50 000 \$ ou de 50 % du montant d'assurance vie pour lequel elle est protégée. Ce montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement

toute réduction de protection devant survenir en raison de l'âge au cours de la période de 24 mois suivant la date de sa demande.

La personne adhérente qui désire exercer ce droit doit fournir des preuves à la satisfaction de SSQ démontrant :

- que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande;
- s'il y a lieu, l'acceptation de son bénéficiaire si celui-ci est un bénéficiaire autre que les exécuteurs ou administrateurs de sa succession ou ses ayants droit.

Lors du décès de la personne adhérente, les prestations d'invalidité ainsi payées, accumulées des intérêts exigés par SSQ, sont déduites des prestations de décès autrement payables au bénéficiaire.

6- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

6.1 FRAIS HOSPITALIERS

Dans le cas de frais hospitaliers au Canada, présentez votre carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

6.2 MÉDICAMENTS

Le système ESI différé permet la transmission électronique de vos demandes de prestations de médicaments directement de la pharmacie à SSQ. En utilisant ce système, vous n'avez plus à faire parvenir vos reçus de médicaments à SSQ.

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte comportant le numéro d'identification ESI à la pharmacienne ou au pharmacien. L'ordonnance est payable en entier à cette dernière ou ce dernier qui se chargera de transmettre électroniquement la demande à SSQ si la personne assurée est admissible à un remboursement. Le message «Transmis à l'assureur» apparaîtra alors sur la facture.

SSQ procède au remboursement des demandes de prestations accumulées à la première des éventualités suivantes :

- lorsque la somme des frais admissibles atteint 75 \$;
- lorsqu'il s'est écoulé 15 jours depuis la première transaction donnant droit à un remboursement;
- lorsque vous avez droit à des prestations en vertu d'une autre garantie d'assurance maladie.

Si vous ne pouvez utiliser le système ESI (oubli, perte de votre carte SSQ, pharmacienne ou pharmacien qui ne détient pas le système ESI, etc.), vous effectuez votre demande de remboursement en utilisant le «coupon d'expédition» habituel attaché à votre certificat ou à votre relevé de comptes accompagnant votre dernier paiement de prestations.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la patiente ou du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom de la ou du médecin, le nom et la quantité des médicaments.

Les médicaments fournis par la ou le médecin (incluant les infirmières ou les infirmiers dans les régions isolées), là où cette pratique est permise par la loi, sont également payables sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Nous suggérons d'envoyer l'original de vos reçus **tous les trois (3) mois**. Ceux-ci ne vous sont pas retournés. Veuillez donc en conserver des copies. **Tous les reçus présentés plus de 12 mois à compter de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursés.**

6.3 AUTRES FRAIS DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne assurée directement à SSQ.

La personne assurée envoie ses demandes de prestations en utilisant le «coupon d'expédition» attaché au certificat ou au relevé de comptes accompagnant le dernier paiement de prestations. La personne assurée doit indiquer son numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance.

Nous suggérons d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les trois (3) mois**. Celles-ci ne vous sont pas retournées. Veuillez donc en conserver des copies. **Toutes les factures présentées plus de 12 mois à compter de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursées.**

6.4 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la Commission de la santé et de la sécurité du

Travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ces comptes doivent être présentés à la CSST ou à la SAAQ et non à SSQ.

6.5 ASSURANCE VIE

Les formulaires de demandes de prestations d'assurance sur la vie s'obtiennent directement de SSQ. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

6.6 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée doivent être présentées à SSQ trois (3) mois avant la date prévue de début des prestations.

Cependant, SSQ se doit d'accueillir toute demande de prestations qui est présentée au cours des 90 jours qui suivent la date prévue de début des prestations (normalement à compter de la 105^e semaine d'invalidité).

Vous devez absolument présenter une telle demande de prestations et ce, même si vous recevez des prestations d'invalidité en vertu d'un autre régime (ex: CSST, RRQ, etc.).

6.7 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE

- a) Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de la garantie d'assurance voyage avec assistance ne sont remboursés qu'après que les organismes gouvernementaux aient terminé l'étude de la demande et versé des prestations, le cas échéant.
- b) Tous les autres frais couverts en vertu de cette garantie peuvent être réclamés directement à SSQ, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes (factures, reçus, ordonnances, etc.).

6.8 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

- titres de transport inutilisés;
- reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une ou un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSO;
- document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est consécutive à des raisons de santé, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par une ou un médecin habilité à le faire et pratiquant dans la localité où est survenu la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la route ou la fermeture d'urgence d'une route;
- rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- tout autre rapport exigé par SSO permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

6.9 OÙ ENVOYER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

Veillez indiquer votre numéro de contrat sur vos demandes de prestations ou toute autre correspondance que vous faites parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Case postal 10500, Succursale Sainte-Foy
Sainte-Foy (Québec) G1V 4H6

6.10 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ constitue un dossier d'assurance dans lequel sont consignés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance. Les dossiers sont conservés au siège social de SSQ à Sainte-Foy.

Seuls les personnes employées ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ainsi que les personnes que vous aurez autorisées, ont accès à votre dossier.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée à la section **6.9**.

**TABLEAU DES PRIMES APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2002
PAR PÉRIODE DE 14 JOURS**

	IND.	MONO.	FAM.
Maladie 1			
• Contribution employé(e)	15,54 \$	22,09 \$	37,97 \$
• Contribution employeur	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$
COÛT TOTAL	16,46 \$	24,40 \$	40,28 \$
Maladie 2			
• Contribution employé(e)	19,18 \$	27,65 \$	45,96 \$
• Contribution employeur	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$
COÛT TOTAL	20,10 \$	29,96 \$	48,27 \$
Maladie 3			
• Contribution employé(e)	22,41 \$	32,50 \$	52,84 \$
• Contribution employeur	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$
COÛT TOTAL	23,33 \$	34,81 \$	55,15 \$
Maladie			
• adhérent(e) exempté(e)	0,58 \$	0,58 \$	0,58 \$

COMPLÉMENTAIRE 2 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE											
• Régime "A"	0,884 % du traitement										
• Régime "B"	1,155 % du traitement										
COMPLÉMENTAIRE 3 - ASSURANCE VIE											
De la personne adhérente											
Âge	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$	150 000 \$	175 000 \$	200 000 \$	225 000 \$	250 000 \$
Moins 30 ans	- \$	- \$	0,58 \$	1,15 \$	1,73 \$	2,30 \$	2,88 \$	3,45 \$	4,03 \$	4,60 \$	5,18 \$
30-34 ans	- \$	- \$	0,65 \$	1,30 \$	1,95 \$	2,60 \$	3,25 \$	3,90 \$	4,55 \$	5,20 \$	5,85 \$
35-39 ans	- \$	- \$	0,83 \$	1,65 \$	2,48 \$	3,30 \$	4,13 \$	4,95 \$	5,78 \$	6,60 \$	7,43 \$
40-44 ans	- \$	- \$	1,13 \$	2,25 \$	3,38 \$	4,50 \$	5,63 \$	6,75 \$	7,88 \$	9,00 \$	10,13 \$
45-49 ans	- \$	- \$	1,80 \$	3,60 \$	5,40 \$	7,20 \$	9,00 \$	10,80 \$	12,60 \$	14,40 \$	16,20 \$
50-54 ans	- \$	- \$	3,03 \$	6,05 \$	9,08 \$	12,10 \$	15,13 \$	18,15 \$	21,18 \$	24,20 \$	27,23 \$
55-59 ans	- \$	- \$	5,25 \$	10,50 \$	15,75 \$	21,00 \$	26,25 \$	31,50 \$	36,75 \$	42,00 \$	47,25 \$
60-64 ans	- \$	- \$	7,38 \$	14,75 \$	22,13 \$	29,50 \$	36,88 \$	44,25 \$	51,63 \$	59,00 \$	66,38 \$
10 000 \$	25 000 \$	37 500 \$	50 000 \$	62 500 \$	75 000 \$	87 500 \$	100 000 \$	112 500 \$	125 000 \$	137 500 \$	
65-69 ans	- \$	- \$	5,23 \$	10,45 \$	15,68 \$	20,90 \$	26,13 \$	31,35 \$	36,58 \$	41,80 \$	47,03 \$
70-74 ans	- \$	- \$	6,50 \$	13,00 \$	19,50 \$	26,00 \$	32,50 \$	39,00 \$	45,50 \$	52,00 \$	58,50 \$
75 ans +	- \$	- \$	14,00 \$	28,00 \$	42,00 \$	56,00 \$	70,00 \$	84,00 \$	98,00 \$	112,00 \$	126,00 \$
De la personne conjointe et des personnes à charge											1,32 \$

La taxe de vente provinciale de 9 % doit être ajoutée à ces primes.

Le coût total du régime d'assurance maladie montre la prime totale payable à 55Q et comprend les 15 \$ par année pour la contribution à l'AREQ.

Il y a un congé de primes total en assurance vie de base (premiers 25 000 \$) pour toute l'année 2002.

Dans le cas de la personne employée à temps partiel engagée à moins de 75 % du temps plein (70 % pour le secteur de la santé), la contribution de l'employeur est réduite de 50 %

et la prime de la personne employée est augmentée d'autant. La contribution de l'employeur ci-haut mentionnée est celle applicable au personnel, autre qu'enseignant, des secteurs public et parapublic.

Lorsque la tarification est établie en fonction de l'âge, le taux qui s'applique pour la durée de l'année civile en cours est déterminé selon l'âge atteint par la personne adhérente au 1^{er} janvier de cette année civile.

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
À LA DISPOSITION DES MEMBRES
DE SYNDICATS AFFILIÉS À LA
CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC**



MODIFICATIONS IMPORTANTES AU 1^{er} JANVIER 2003

Ce dépliant contient les modifications apportées au régime en date du 1^{er} janvier 2003.

Pour toute question relative à ce dépliant, vous pouvez communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 223-2501

Région de Québec : (418) 651-2588

Autres régions : 1 800 380-2588



1- MODIFICATIONS AU RÉGIME

A) Régime obligatoire d'assurance maladie

À l'article a) du point 1.7.1 de la brochure, **l'obtention d'un statut d'engagement régulier** s'ajoute à la liste des événements permettant à la personne adhérente d'augmenter son régime d'assurance maladie lorsqu'une demande à cet effet est faite dans les 30 jours de la date de l'événement.

B) Régime complémentaire 3 d'assurance vie

À l'article a) du point 1.4.3 de la brochure, **l'obtention d'un statut d'engagement régulier** s'ajoute à la liste des événements permettant à la personne adhérente d'avoir accès aux montants d'assurance vie disponibles sans preuves d'assurabilité (10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$) lorsque la demande est faite dans les délais. De plus, le délai pour demander un de ces montants d'assurance vie passe de 30 à 180 jours de la date de l'événement.

Le tableau suivant résume les règles applicables en fonction de la date de la demande :

Date de la demande par rapport à la date de l'événement	Date d'entrée en vigueur de la protection demandée	Preuves d'assurabilité requises pour les montants de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$
Dans les 30 jours	Date de l'événement	Non
Plus de 30 jours, mais 180 jours ou moins	1 ^{er} jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ	Non
Plus de 180 jours	1 ^{er} jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ	Oui

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
À LA DISPOSITION DES MEMBRES
DE SYNDICATS AFFILIÉS À LA
CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC**



MODIFICATIONS IMPORTANTES AU 1^{ER} JANVIER 2005

Ce dépliant contient les modifications apportées au régime en date du 1^{er} janvier 2005.

Pour toute question relative à ce dépliant, vous pouvez communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 223-2501
Région de Québec : (418) 651-2588
Autres régions : 1 800 380-2588



1. Modifications au régime

A) Régime obligatoire d'assurance maladie

1. Garantie « médicaments »

À partir du 1^{er} janvier 2005, l'ensemble des produits antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) sera sujet à un maximum global de frais admissibles de 630 \$ par année civile, par personne assurée.

2. Garantie « Cure de désintoxication »

La garantie « Cure de désintoxication » faisant partie du régime maladie 3 couvre maintenant également les cliniques reconnues par SSO spécialisées en réhabilitation des joueurs compulsifs.

3. Garantie d'assurance voyage avec assistance

Les frais d'hébergement et de repas que la personne assurée doit engager lorsqu'elle reporte son retour sont bonifiés. Le maximum quotidien passe de 150 \$ à 200 \$ et le maximum par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées passe de 1 200 \$ à 1 600 \$.

De plus, les frais d'hébergement et de repas sont ajoutés aux frais de transport déjà prévus lorsqu'une personne doit se rendre au chevet d'une personne assurée hospitalisée à l'étranger ou encore lorsqu'une personne doit se rendre dans le but d'identifier la personne assurée décédée. Ces frais d'hébergement et de repas sont d'un maximum de 200 \$ par jour jusqu'à concurrence de 1 600 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes assurées.

4. Garantie d'assurance annulation de voyage

La durée minimale de 72 heures de la définition de voyage est remplacée par la notion de deux nuitées.

En plus du terrorisme, nous ajoutons comme cause d'annulation de voyage une recommandation du gouvernement du Canada de ne pas voyager dans un pays étranger à cause d'une guerre ou d'une épidémie.

L'exclusion des voyages dont l'activité visée est à chasse ou la pêche est supprimée.

B) Régime complémentaire 1 – Soins dentaires

Dans la section des soins de restauration majeure de la brochure BV4261, tout pont fixe est maintenant reconnu en fonction de son propre coût et non plus en fonction du coût et des limitations d'une prothèse amovible équivalente.

C) Régime complémentaire 3 – Assurance vie

1. Assurance vie de base de la personne conjointe

Abolition de la réduction du montant de protection de 10 000 \$ à 5 000 \$ applicable à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente. Ainsi, la somme payable au décès de la personne conjointe est toujours de 10 000 \$ indépendamment de l'âge de la personne adhérente.

2. Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

Des montants additionnels de protection peuvent maintenant être obtenus sur la vie de la personne conjointe. Voici les modalités applicables à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe :

- Les montants disponibles sont de une à dix unités de 10 000 \$.
- Des preuves d'assurabilité sont toujours requises.
- La tarification applicable est la même que celle utilisée en assurance vie additionnelle de la personne adhérente et établie selon l'âge de cette dernière.
- Les montants de protection sont réduits de 50 % à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.
- Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne conjointe si cette dernière décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants de protection.
- Le droit au paiement anticipé, le droit de transformation et l'exonération des primes s'appliquent.

3. Assurance vie des enfants à charge

Le montant d'assurance vie des enfants à charge passe de 4 000 \$ à 5 000 \$.

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
À LA DISPOSITION DES MEMBRES
DE SYNDICATS AFFILIÉS À LA
CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC**



MODIFICATIONS IMPORTANTES AU 1^{er} JANVIER 2006

Ce dépliant contient les modifications apportées au régime en date du 1^{er} janvier 2006 ainsi que les nouveaux taux de prime applicables pour l'année 2006. Nous vous suggérons de le conserver avec votre brochure.

Pour toute question relative à ce dépliant, vous pouvez communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 223-2501
Région de Québec : (418) 651-2588
Autres régions : 1 800 380-2588

SSQ *Groupe
financier*

1. MODIFICATIONS AU RÉGIME

A) Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Pour les invalidités débutant à compter du 1^{er} janvier 2006, des modifications sont apportées à la gestion de la fin de l'exonération des primes. Ainsi, les sections 1.8.1 et 1.8.2 de la brochure sont remplacées par le tableau suivant :

Régimes	Situation actuelle	Situation pour les invalidités débutant à compter du 1 ^{er} janvier 2006
Assurance maladie et Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> le dernier jour d'une période de 36 mois d'exonération le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance la date de la fin de sa période d'invalidité totale la date de terminaison du présent contrat 	<ul style="list-style-type: none"> le jour de son 60^e anniversaire de naissance (minimum 36 mois) le jour de son 65^e anniversaire de naissance la date de la fin de sa période d'invalidité totale la date de terminaison du présent contrat
Assurance salaire de longue durée et assurance vie	<ul style="list-style-type: none"> le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance la date de la fin de sa période d'invalidité totale 	<ul style="list-style-type: none"> le jour de son 65^e anniversaire de naissance la date de la fin de sa période d'invalidité totale

Toutefois, toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

B) Régime obligatoire d'assurance maladie

À la page 26 de la brochure, dans la garantie « **Appareils thérapeutiques** » faisant partie des régimes maladie 2 et 3, le remboursement maximal viager de 10 000 \$ par personne assurée est aboli.

C) Régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée obligatoire

Pour les invalidités débutant à compter du 1^{er} janvier 2006, des modifications sont apportées aux paramètres des régimes A et B :

Paramètres modifiés	Régime actuel	Régime pour les invalidités débutant à compter du 1 ^{er} janvier 2006
Montant de la rente	<ul style="list-style-type: none"> 80 % du salaire net à la 104^e semaine d'invalidité Salaire net établi en fonction de la table CSST en vigueur le 1^{er} juillet de l'année qui précède le début de l'invalidité 	<p>Rente établie en fonction du salaire brut de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> 60 % des premiers 20 000 \$ de salaire brut 42,5 % des 40 000 \$ suivants 40 % de l'excédent <p>Plus les montants forfaitaires annuels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 000 \$ conjoint à charge 1 000 \$ famille monoparentale 400 \$ par enfant à charge de plus de 18 ans

Paramètres modifiés	Régime actuel	Régime pour les invalidités débutant à compter du 1 ^{er} janvier 2006
Indexation de la rente	Indice RRQ, maximum 5 %	Indice RRQ, maximum 3 %
Réduction de la rente	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % du montant brut de la rente de retraite de la CARRA • 100 % de la rente nette d'invalidité RRQ 	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % du montant brut de la rente de retraite de la CARRA • 100 % de la rente brute d'invalidité RRQ

D) Régime complémentaire 3 d'assurance vie

En assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe, la date à laquelle les montants de protection sont réduits est modifiée de la façon suivante :

Régimes	Situation actuelle	Situation à compter du 1 ^{er} janvier 2006
Vie additionnelle de la personne adhérente (excédent de 25 000 \$)	<ul style="list-style-type: none"> • Les montants de protection excédant 25 000 \$ sont réduits de 50 % à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les montants de protection excédant 25 000 \$ sont réduits de 50 % à compter du 1^{er} janvier qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.
Vie additionnelle de la personne conjointe (excédent de 10 000 \$)	<ul style="list-style-type: none"> • Le montant de protection d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est réduit de 50 % à compter du 1^{er} juillet qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le montant de protection d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est réduit de 50 % à compter du 1^{er} janvier qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

2. TARIFICATION 2006

Points à signaler

- Assurance maladie: La tarification n'est pas augmentée par rapport à celle de 2005. De plus, il y a une réduction de la tarification de 10 % (congé de primes) pour les neuf premiers mois de l'année (20 périodes de paie).
- Assurance salaire de longue durée: les taux de primes sont diminués de 18,3 % par rapport à ceux de 2005.

TABEAU DES PRIMES APPLICABLES EN 2006 - PAR PÉRIODE DE 14 JOURS						
	INDIVIDUELLE		MONOPARENTALE		FAMILIALE	
	1er janv. ¹	2 oct.	1er janv. ¹	2 oct.	1er janv. ¹	2 oct.
Maladie 1 • Contribution personne employée • Contribution employeur COÛT TOTAL	16,64 \$	18,53 \$	23,75 \$	26,58 \$	40,73 \$	45,45 \$
	0,92 \$	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$
	17,56 \$	19,45 \$	26,06 \$	28,89 \$	43,04 \$	47,76 \$
Maladie 2 • Contribution personne employée • Contribution employeur COÛT TOTAL	20,99 \$	23,36 \$	30,36 \$	33,92 \$	50,36 \$	56,15 \$
	0,92 \$	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$
	21,91 \$	24,28 \$	32,67 \$	36,23 \$	52,67 \$	58,46 \$
Maladie 3 • Contribution personne employée • Contribution employeur COÛT TOTAL	26,28 \$	29,25 \$	38,31 \$	42,76 \$	62,10 \$	69,19 \$
	0,92 \$	0,92 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$	2,31 \$
	27,20 \$	30,17 \$	40,62 \$	45,07 \$	64,41 \$	71,50 \$
Maladie • Personne adhérente exemptée	0,58 \$		0,58 \$		0,58 \$	
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 DE SOINS DENTAIRES (pour les syndicats dont le vote est favorable à la mise en vigueur de ce régime) Veuillez vous référer à la brochure de soins dentaires (B14261)	8,97 \$		13,63 \$		22,59 \$	
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 D'ASSURANCE SALARIALE DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE • Régime «A» • Régime «B»			1,06 % du traitement 1,33 % du traitement			

¹ Il y a un congé de primes partiel de 10 % en assurance maladie pour les neuf premiers mois de l'année (20 périodes de paie).

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 D'ASSURANCE VIE												
Âge	Montant de protection de la personne adhérente ²											
	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$	150 000 \$	175 000 \$	200 000 \$	225 000 \$	250 000 \$	
Moins de 30 ans	0,54 \$	2,16 \$	2,76 \$	3,36 \$	3,96 \$	4,56 \$	5,16 \$	5,76 \$	6,36 \$	6,96 \$	7,56 \$	
30 à 34 ans	0,54 \$	2,16 \$	2,84 \$	3,52 \$	4,20 \$	4,88 \$	5,56 \$	6,24 \$	6,93 \$	7,61 \$	8,29 \$	
35 à 39 ans	0,54 \$	2,16 \$	3,03 \$	3,89 \$	4,76 \$	5,62 \$	6,49 \$	7,35 \$	8,22 \$	9,08 \$	9,95 \$	
40 à 44 ans	0,54 \$	2,16 \$	3,35 \$	4,54 \$	5,73 \$	6,91 \$	8,10 \$	9,29 \$	10,48 \$	11,67 \$	12,86 \$	
45 à 49 ans	0,54 \$	2,16 \$	4,06 \$	5,97 \$	7,87 \$	9,78 \$	11,68 \$	13,58 \$	15,49 \$	17,39 \$	19,29 \$	
50 à 54 ans	0,54 \$	2,16 \$	5,38 \$	8,60 \$	11,82 \$	15,04 \$	18,26 \$	21,48 \$	24,69 \$	27,91 \$	31,13 \$	
55 à 59 ans	0,54 \$	2,16 \$	7,74 \$	13,33 \$	18,91 \$	24,50 \$	30,08 \$	35,67 \$	41,25 \$	46,84 \$	52,42 \$	
60 à 64 ans	0,54 \$	2,16 \$	9,98 \$	17,81 \$	25,63 \$	33,45 \$	41,28 \$	49,10 \$	56,92 \$	64,74 \$	72,57 \$	
65 à 69 ans	10 000 \$	25 000 \$	37 500 \$	50 000 \$	62 500 \$	75 000 \$	87 500 \$	100 000 \$	112 500 \$	125 000 \$	137 500 \$	
65 à 69 ans	0,54 \$	2,16 \$	7,70 \$	13,25 \$	18,79 \$	24,34 \$	29,88 \$	35,43 \$	40,97 \$	46,51 \$	52,06 \$	
70 à 74 ans	0,54 \$	2,16 \$	9,05 \$	15,95 \$	22,84 \$	29,74 \$	36,63 \$	43,53 \$	50,42 \$	57,31 \$	64,21 \$	
75 ans et plus	0,54 \$	2,16 \$	17,02 \$	31,87 \$	46,73 \$	61,58 \$	76,44 \$	91,29 \$	106,15 \$	121,01 \$	135,86 \$	
² Il y a un congé de primes pour l'équivalent des premiers 5 000 \$ de protection pour toute l'année 2006.												
Âge	Montant de protection de la personne conjointe et des enfants à charge ³											
	10 000 \$	20 000 \$	30 000 \$	40 000 \$	50 000 \$	60 000 \$	70 000 \$	80 000 \$	90 000 \$	100 000 \$	110 000 \$	
Moins de 30 ans	1,32 \$	1,56 \$	1,80 \$	2,04 \$	2,28 \$	2,52 \$	2,76 \$	3,00 \$	3,24 \$	3,48 \$	3,72 \$	
30 à 34 ans	1,32 \$	1,59 \$	1,86 \$	2,13 \$	2,40 \$	2,68 \$	2,95 \$	3,22 \$	3,49 \$	3,77 \$	4,04 \$	
35 à 39 ans	1,32 \$	1,66 \$	2,01 \$	2,35 \$	2,70 \$	3,05 \$	3,40 \$	3,75 \$	4,08 \$	4,43 \$	4,78 \$	
40 à 44 ans	1,32 \$	1,79 \$	2,27 \$	2,74 \$	3,22 \$	3,69 \$	4,17 \$	4,64 \$	5,12 \$	5,59 \$	6,07 \$	
45 à 49 ans	1,32 \$	2,08 \$	2,84 \$	3,60 \$	4,36 \$	5,12 \$	5,88 \$	6,65 \$	7,41 \$	8,17 \$	8,93 \$	
50 à 54 ans	1,32 \$	2,60 \$	3,89 \$	5,18 \$	6,47 \$	7,75 \$	9,04 \$	10,33 \$	11,62 \$	12,90 \$	14,19 \$	
55 à 59 ans	1,32 \$	3,55 \$	5,78 \$	8,02 \$	10,25 \$	12,48 \$	14,72 \$	16,95 \$	19,19 \$	21,42 \$	23,65 \$	
60 à 64 ans	1,32 \$	4,44 \$	7,57 \$	10,70 \$	13,83 \$	16,96 \$	20,09 \$	23,22 \$	26,35 \$	29,48 \$	32,61 \$	
65 à 69 ans	10 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	25 000 \$	30 000 \$	35 000 \$	40 000 \$	45 000 \$	50 000 \$	55 000 \$	60 000 \$	
65 à 69 ans	1,32 \$	3,53 \$	5,75 \$	7,97 \$	10,19 \$	12,40 \$	14,62 \$	16,84 \$	19,06 \$	21,27 \$	23,49 \$	
70 à 74 ans	1,32 \$	4,07 \$	6,83 \$	9,59 \$	12,35 \$	15,10 \$	17,86 \$	20,62 \$	23,38 \$	26,13 \$	28,89 \$	
75 ans et plus	1,32 \$	7,26 \$	13,20 \$	19,14 \$	25,08 \$	31,03 \$	36,97 \$	42,91 \$	48,85 \$	54,80 \$	60,74 \$	

NOTES :

- La taxe de vente provinciale de 9 % doit être ajoutée à ces primes.

- Le coût total du régime d'assurance maladie montre les primes totales payables à SSQ et comprend les 15 \$ de contribution annuelle à l'AREQ.

- Dans le cas de la personne employée à temps partiel embauchée à moins de 75 % du temps plein (70 % pour le secteur de la santé), la contribution de l'employeur est réduite de 50 % et la contribution de la personne employée est augmentée d'autant. La contribution de l'employeur, ci-haut mentionnée, est celle applicable au personnel, autre qu'enseignant, des secteurs public et parapublic.

- Lorsque la tarification est établie en fonction de l'âge, le taux qui s'applique pour la durée de l'année civile en cours est déterminé selon l'âge atteint par la personne adhérente au 1^{er} janvier de cette année civile.



Édifice SSQ
2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1V 4H6
Région de Montréal : (514) 223-2501
Région du Québec : (418) 651-2588
Autres régions : 1 800 380-2588