

RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE

J

ASSUREQ

PERSONNES
RETRAITÉES

À L'INTENTION
DES PERSONNES RETRAITÉES
DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ)
MEMBRES D'ASSUREQ

1^{ER} JANVIER 2003

 **SSQ** GROUPE
FINANCIER
Assurance
collective

Veuillez conserver cette brochure pour consultation ultérieure.

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 ADHÉSION	3
1.4 DROIT D'EXEMPTION	4
1.5 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE.....	5
1.6 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.....	5
1.7 PROTECTIONS DISPONIBLES	6
1.8 CHANGEMENT DE PROTECTION.....	7
1.9 ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE CONJOINTE SURVIVANTE AU RÉGIME OFFERT PAR ASSUREO.....	9
1.10 FIN DE L'ASSURANCE	10
2 - RÉGIME A D'ASSURANCE MALADIE	11
2.1 TABLEAU DES GARANTIES	11
2.2 DESCRIPTION DES GARANTIES	15
2.3 EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION	28
3- ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (incluses dans le régime A).....	30
3.1 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE.....	30
3.2 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	36
3.3 DISPOSITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	43
4- RÉGIME B D'ASSURANCE VIE	45
4.1 CHOIX 1 - ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	45
4.2 CHOIX 2 ET 3 - ASSURANCE VIE DE BASE ET ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE.....	46
4.3 GARANTIE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE.....	47
4.4 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE	48
4.5 BÉNÉFICIAIRE	49

5 - COMMENT FAIRE UNE DEMANDE

DE PRESTATIONS.....	50
5.1 FRAIS HOSPITALIERS	50
5.2 MÉDICAMENTS	50
5.3 AUTRES FRAIS DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....	51
5.4 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE	52
5.5 ASSURANCE VIE	52
5.6 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE.....	52
5.7 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	52
5.8 OÙ ENVOYER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	53
5.9 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	53

6 - OPTIONS POUR LES PERSONNES

ATTEIGNANT L'ÂGE DE 65 ANS	54
---	-----------

7 - TABLEAU DES PRIMES MENSUELLES

APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2003.....	56
--	-----------

MODIFICATIONS AU 1^{ER} JANVIER 2005	I
---	----------

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 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 SSQ 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 membre d'ASSUREO qui participe au présent régime d'assurance collective.

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 ou d'une union civile 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 personne conjointe. La dissolution par divorce ou l'annulation du mariage ou la dissolution ou l'annulation de l'union civile 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 personne conjointe de manière à corriger son dossier d'assurance en conséquence.

1.1.5 Personnes à charge

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

1.1.6 RGAM

Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

1.2 ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

1.2.1 Personne retraitée

Toute personne membre d'un syndicat affilié à la CSQ au moment de prendre sa retraite et qui adhère à ASSUREQ est admissible au régime d'assurance maladie (régime A) à la date à laquelle son assurance à titre de personne employée prend fin en raison de sa retraite, à la condition qu'elle soit admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence.

Celle qui adhère au régime d'assurance maladie (régime A) ou en est exemptée devient admissible au régime d'assurance vie (régime B).

1.2.2 Personne invalide

La personne qui est totalement invalide devient admissible à la fin des périodes d'exonération des primes prévues au régime d'assurance collective à la disposition des personnes employées, à la condition de devenir également membre d'ASSUREQ.

1.2.3 Personnes à charge

Toute personne à charge est admissible à l'assurance à l'une ou l'autre des dates d'entrée en vigueur prévues à la section **1.6**.

1.3 ADHÉSION

L'adhésion à ASSUREQ est facultative. Toutefois, un membre d'ASSUREQ ayant moins de 65 ans doit obligatoirement adhérer au régime d'assurance maladie (régime A) et couvrir ses personnes à charge, s'il y a lieu, à moins que lui ou ses personnes à charge ne soient couverts par un autre régime collectif d'assurance, et ce, en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Toute personne admissible doit remplir une demande d'adhésion pour elle-même et pour ses personnes à charge, le cas échéant, dans les 90 jours qui suivent la date de son admissibilité.

1.4 DROIT D'EXEMPTION

Une personne peut refuser d'adhérer ou cesser de participer au régime d'assurance maladie (régime A), à la condition d'établir qu'elle est assurée en vertu d'un autre régime collectif d'assurance comportant des prestations similaires à celles du régime d'assurance maladie (régime A).

La nouvelle personne retraitée qui désire bénéficier du droit d'exemption doit remplir la section «Exemption» de son formulaire d'adhésion à ASSUREQ dans les 90 jours qui suivent la date de son admissibilité.

La personne qui participe déjà au régime d'ASSUREQ et qui désire bénéficier du droit d'exemption doit en faire la demande par écrit auprès de SSQ. Dans tous ces cas, elle doit maintenir son adhésion à ASSUREQ. Ce droit d'exemption prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Une personne exemptée du régime d'assurance maladie (régime A) peut toutefois adhérer au régime d'assurance vie (régime B).

La personne membre d'ASSUREQ qui est exemptée du régime d'assurance maladie (régime A) et qui cesse d'être protégée en vertu d'un autre régime collectif d'assurance peut réintégrer le régime d'assurance maladie (régime A) d'ASSUREQ en faisant une demande écrite à SSQ dans les 90 jours qui suivent la fin de sa protection. La protection en vertu du présent régime prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption. Si la demande parvient à SSQ après le délai de 90 jours, la protection en vertu du présent régime n'est pas accordée, sauf en ce qui concerne la garantie de médicaments. Cette dernière est accordée dans la mesure où la personne adhérente n'est pas inscrite au RGAM et prend effet à la date de réception de la demande par SSQ.

1.5 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

L'assurance de toute personne adhérente entre en vigueur à la date d'admissibilité si la demande d'adhésion est reçue dans les délais prévus. La personne qui ne présente pas de demande d'adhésion dans les délais prévus perd son admissibilité au régime.

1.6 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance de la **personne conjointe** admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de début de l'assurance de la personne adhérente, si cette dernière demande une protection familiale au moment de son adhésion;
- b) la date à laquelle la personne conjointe répond à la définition prévue au point **1.1.4**, si une demande de protection familiale parvient à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date;
- c) la date à laquelle la personne conjointe cesse d'être protégée par un autre régime collectif d'assurance, si une demande de protection familiale parvient à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date;
- d) la date de réception par SSQ de la demande de protection familiale, si cette demande parvient plus de 90 jours après les dates mentionnées aux points b) et c) précédemment cités. Toutefois, seule la garantie de médicaments prend effet pourvu que la personne adhérente ne soit pas inscrite au RGAM. Dans tous les autres cas où la demande est présentée après le délai de 90 jours, incluant une demande pour les garanties autres que médicaments, la demande n'est pas considérée.

L'assurance de l'**enfant à charge** admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de début de l'assurance de la personne adhérente, si cette dernière demande une protection monoparentale ou familiale au moment de son adhésion;

- b) la date à laquelle l'enfant à charge répond à la définition prévue au point **1.1.1**, si une demande de protection monoparentale ou familiale parvient à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date;
- c) la date à laquelle l'enfant à charge cesse d'être protégé par un autre régime collectif d'assurance, si une demande de protection monoparentale ou familiale parvient à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date;
- d) la date de réception par SSQ de la demande de protection monoparentale ou familiale, si cette demande parvient plus de 90 jours après les dates mentionnées aux points b) et c) précédemment cités. Toutefois, seule la garantie de médicaments prend effet pourvu que la personne adhérente ne soit pas inscrite au RGAM. Dans tous les autres cas où la demande est présentée après le délai de 90 jours, incluant une demande pour les garanties autres que médicaments, la demande n'est pas considérée.

Tout nouvel enfant à charge d'une personne adhérente assurée en vertu d'une protection monoparentale ou familiale devient automatiquement assuré.

1.7 PROTECTIONS DISPONIBLES

Lors de son adhésion au régime d'assurance maladie (régime A), la personne adhérente peut choisir une des protections suivantes :

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

Si la personne adhérente ne choisit aucune protection, la protection individuelle est accordée par défaut.

Pour **la personne adhérente âgée de moins de 65 ans seulement**, il est possible de détenir, pour les garanties complémentaires, une protection différente de celle détenue pour la garantie de médicaments. Ainsi, la personne adhérente qui a l'obligation de protéger ses personnes à charge pour la garantie de médicaments

depuis le 1^{er} janvier 1997 n'est plus contrainte de les assurer pour les garanties complémentaires.

Les combinaisons permises sont les suivantes :

POUR LA PERSONNE ADHÉRENTE DE MOINS DE 65 ANS SEULEMENT			
Protection choisie pour la garantie de médicaments	Protections possibles pour les garanties complémentaires du régime d'assurance maladie (régime A)		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Individuelle	oui	non	non
Monoparentale	oui	oui	non
Familiale	oui	oui	oui

Pour la personne adhérente âgée de moins de 65 ans qui détient des protections différentes pour la garantie de médicaments et les garanties complémentaires, une seule protection prévaudra lorsqu'elle atteindra l'âge de 65 ans. La protection qui avait été choisie pour la garantie de médicaments s'appliquera à l'ensemble des garanties du régime d'assurance maladie (régime A).

1.8 CHANGEMENT DE PROTECTION

1.8.1 Augmentation de protection

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

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 ou l'union civile;
- 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 en vertu d'un autre régime collectif d'assurance.

b) Régime d'assurance vie (régime B)

Le choix fait par la personne lors de son adhésion au régime d'assurance vie (régime B) ne peut être augmenté par la suite. Toutefois, elle peut décider d'ajouter la protection d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge (protection familiale d'assurance vie) lorsque survient un des événements mentionnés au point précédent.

Si la demande d'augmentation de protection parvient à SSQ au cours des 90 jours suivant l'événement, la nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement.

Si la demande d'augmentation de protection parvient à SSQ plus de 90 jours après l'événement, la nouvelle protection demandée n'est pas accordée, sauf en ce qui concerne la garantie de médicaments. Cette dernière est accordée dans la mesure où la personne adhérente n'est pas inscrite au RGAM. La protection des personnes à charge pour la garantie de médicaments prend alors effet à la date de réception de la demande par SSQ.

1.8.2 Réduction de la protection

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

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

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

b) Régime d'assurance vie (régime B)

- modifier le choix 3 pour le choix 2 ou 1;
- modifier le choix 2 pour le choix 1;
- terminer la protection d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge;
- terminer la protection d'assurance vie en totalité.

Une demande de réduction de protection peut être faite en tout temps en avisant SSQ par écrit. La nouvelle protection prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

IMPORTANT

La terminaison du régime d'assurance maladie (régime A) met fin à l'ensemble du régime d'assurance collective offert par ASSUREQ.

Une réduction de protection constitue une modification irréversible, à moins qu'il n'y ait reconnaissance de nouvelles personnes à charge, selon les modalités prévues au point **1.8.1**.

La personne adhérente doit aviser SSQ de toute modification concernant ses personnes à charge. La protection détenue au régime d'assurance maladie (individuelle, monoparentale ou familiale) devrait correspondre à la situation familiale réelle pour éviter de payer des primes inutilement.

1.9 ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE CONJOINTE SURVIVANTE AU RÉGIME OFFERT PAR ASSUREQ

En cas de décès d'un membre d'ASSUREQ, la personne conjointe peut maintenir ses protections d'assurance maladie (à l'exception de la garantie de médicaments) et d'assurance vie détenues au moment du décès.

Pour adhérer à ces régimes, la personne conjointe doit :

- devenir membre d'ASSUREQ et le demeurer, en payant la cotisation;
- être admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence;
- faire la demande d'adhésion à l'assurance dans les 90 jours suivant le décès de la personne adhérente membre d'ASSUREQ.

En ce qui a trait à la garantie de médicaments, la personne conjointe doit s'inscrire au RGAM.

1.10 FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de toute **personne adhérente** prend fin à 24 h 00 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date d'échéance de toutes primes impayées;
- c) la date à laquelle la personne adhérente met fin à son assurance;
- d) la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être membre d'ASSUREQ.

L'assurance de toute **personne à charge** prend fin à 24 h 00 à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la personne adhérente met fin à l'assurance de ses personnes à charge;
- b) la date du décès de la personne adhérente, à moins que la personne conjointe survivante ne conserve la protection détenue au moment du décès;
- c) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible.

2 - RÉGIME A 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 professionnelle ou un professionnel 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, de l'association professionnelle pertinente, sous réserve des règles établies par SSO pour la reconnaissance de chaque association.

2.1 TABLEAU DES GARANTIES

Le tableau suivant énumère les garanties dont vous bénéficiez. 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	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Médicaments (2.2.1)	<ul style="list-style-type: none">• Aucune franchise• 75 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles, par certificat, par année civile, et 100 % des frais excédentaires	<ul style="list-style-type: none">• Oui
Assurance voyage avec assistance (3.1)	<ul style="list-style-type: none">• 100 %• 5 000 000 \$ / personne assurée / voyage	<ul style="list-style-type: none">• S/O
Assurance annulation de voyage (3.2)	<ul style="list-style-type: none">• 100 %• 5 000 \$ / personne assurée / voyage	<ul style="list-style-type: none">• S/O

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Ambulance (2.2.2.)	• 80 %	• Non
Frais de transport par avion d'une ou d'un malade alité(e) (2.2.3)	• 80 %	• Oui
Frais hospitaliers au Canada (2.2.4)	• 100 % du coût d'une chambre semi-privée	• Non
Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles (2.2.5)	• 80 % • Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / accident	• Non
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital (2.2.6)	• 80 %	• Oui
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène (2.2.7)	• 80 %	• Oui
Appareils thérapeutiques (2.2.8)	• 80 %	• Oui
Membres artificiels et prothèses externes (2.2.9)	• 80 %	• Non
Prothèse capillaire (2.2.10)	• 80 % • Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	• Oui
Appareils orthopédiques (2.2.11)	• 80 %	• Oui
Orthèses plantaires (2.2.12)	• 80 %	• Oui

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Chaussures orthopédiques (2.2.13)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui
Appareil auditif (2.2.14)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 560 \$ / personne assurée / 48 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Bas de soutien (2.2.15)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui
Glucomètre (2.2.16)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 240 \$ / personne assurée / 36 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui
Neurostimulateur transcutané (TENS) (2.2.17)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / 60 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui
Psychothérapie (2.2.18)	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles et 80 % de l'excédent • Remboursement maximal de 1 500 \$ / personne assurée / année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Acupuncture (2.2.19)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 24 \$ / traitement et de 600 \$ / personne assurée / année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Chiropractie (2.2.20)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 20 \$ / traitement, de 40 \$ / radiographie et de 500 \$ / personne assurée / année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Podiatrie (2.2.21)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 24 \$ / traitement et de 600 \$ / personne assurée / année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Physiothérapie (2.2.22)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 28 \$ / traitement et de 700 \$ (incluant les frais d'ostéopathie) / personne assurée / année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Orthophonie, ergothérapie ou audiologie (2.2.23)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Non

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Homéopathie (2.2.24)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 24 \$ / consultation et de 600 \$ / personne assurée / année civile 	• Non
Naturopathie (2.2.25)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 24 \$ / consultation et de 600 \$ (incluant les frais de MKO) / personne assurée / année civile 	• Non
Ostéopathie (2.2.26)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 28 \$ / traitement et de 700 \$ (incluant les frais de physiothérapie) / personne assurée / année civile 	• Non
Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie (MKO) (2.2.27)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 24 \$ / traitement et de 600 \$ (incluant les frais de naturopathie) / personne assurée / année civile 	• Non
Diététique (2.2.28)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 20 \$ / consultation et de 500 \$ / personne assurée / année civile 	• Non
Soins infirmiers (2.2.29)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 240 \$ / jour et de 5 000 \$ / personne assurée / année civile 	• Oui
Frais de transport et d'hébergement au Québec (2.2.30)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / année civile 	• Oui
Soins à domicile (2.2.31)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Soins infirmiers lors de visite à domicile : remboursement maximal de 48 \$ par jour • Service d'aide à domicile : remboursement maximal de 48 \$ par jour • Frais de transport : remboursement maximal de 24 \$ par déplacement aller-retour et de 3 déplacements par semaine • Durée maximale : 30 jours 	• Oui

Garanties	Barèmes de remboursement	Ordonnance médicale
Maison de convalescence (2.2.32)	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Remboursement maximal de 48 \$ par jour • Durée maximale par année civile, par personne assurée : 120 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui

2.2 DESCRIPTION DES GARANTIES

Lorsqu'une personne adhérente ou une de ses personnes à charge engage des frais pour les garanties décrites ci-après, 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(e) 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.

Pour ce qui est des produits antitabac, les frais admissibles sont de 600 \$ par année civile, par personne assurée. Les produits antitabac couverts par SSQ sont les mêmes que ceux couverts par le RGAM.

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 RAMO», ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au 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;
- 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 RGAM.

Limitation

La contribution (franchise, coassurance et prime annuelle) exigée d'une personne assurée couverte sous le RGAM 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 au chapitre 5.

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(e)

Sur ordonnance médicale :

- les frais de transport par avion d'une ou d'un malade alité(e) 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.

Limitations

Les frais administratifs demandés par l'hôpital à la personne assurée ne sont pas couverts par cette garantie.

La contribution de la personne assurée exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée n'est pas couverte par cette garantie.

2.2.5 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, 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.

2.2.6 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**.

2.2.7 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.

2.2.8 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.

2.2.9 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).

2.2.10 Prothèse capillaire

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

2.2.11 Appareils orthopédiques

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

2.2.12 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.

2.2.13 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 ni aucune forme de sandale.

2.2.14 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.

2.2.15 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.

2.2.16 Glucomètre

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

2.2.17 Neurostimulateur transcutané (TENS)

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

2.2.18 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.

2.2.19 Acupuncture

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

2.2.20 Chiropractie

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

2.2.21 Podiatrie

Les honoraires d'une ou d'un podiatre.

2.2.22 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 physiatre.

2.2.23 Orthophonie, ergothérapie ou audiologie

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

2.2.24 Homéopathie

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

2.2.25 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.

2.2.26 Ostéopathie

Les frais de traitements administrés par une ou un ostéopathe.

2.2.27 Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie (MKO)

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

2.2.28 Diététique

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

2.2.29 Soins infirmiers

Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié(e), ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire dûment licencié(e), 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.

2.2.30 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 une ou 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'une ou 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 une ou 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 la personne assurée;
- 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 régies 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.

2.2.31 Soins à domicile

Définitions

Dans la présente garantie de **soins à domicile**, on entend par :

- a) activité quotidienne de base : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- b) fournisseur de services d'aide à domicile : une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile, une travailleuse ou un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence de même qu'une travailleuse ou un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région;
- c) membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe : conjointe, conjoint, fille, fils, mère, père, belle-mère, beau-père, soeur, frère, demi-soeur, demi-frère, belle-soeur, beau-frère, bru, gendre, grands-parents et petits-enfants.

Frais admissibles

SSQ paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée pour des soins prescrits et justifiés par la ou le médecin traitant. Les frais doivent être engagés au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle la personne assurée est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base.

Les frais couverts sont les suivants :

- a) soins infirmiers : les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas résider ordinairement avec la

personne assurée ni être un membre de sa famille ou de celle de la personne conjointe. Les soins infirmiers comprennent, entre autres :

- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
- la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
- le changement de pansements et le soin des plaies;
- l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sanguins ou autres).

b) services d'aide à domicile : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir ses activités quotidiennes de base. Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement avec la personne assurée ni être un membre de sa famille ou de celle de la personne conjointe. Les services comprennent, entre autres :

- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
- ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive, etc.);
- entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux.

- c) frais de transport : les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour.

Limitation

Seuls les frais engagés pour des soins reçus dans les 30 jours suivant immédiatement l'hospitalisation ou la chirurgie dite d'un jour sont couverts en vertu de la présente garantie. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour dure quatre (4) jours ou plus.

Recommandations

- a) Veuillez communiquer avec le CLSC de votre région pour connaître les soins offerts et dispensés en fonction de votre état de santé ainsi que pour vous assurer d'un suivi adéquat de votre dossier par le CLSC.
- b) Bien qu'il ne soit pas exigé d'obtenir l'autorisation de SSQ, nous vous invitons tout de même à communiquer préalablement avec notre Service à la clientèle. Ce dernier vous fera parvenir un formulaire à faire remplir par votre médecin traitant afin que nous puissions évaluer votre dossier et ainsi vous éviter des désagréments au cas où votre contrat d'assurance ne couvrirait pas les dépenses occasionnées par votre état de santé.

2.2.32 Maison de convalescence

Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour, dans un établissement public reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou un établissement privé reconnu par SSQ offrant sur place les soins d'une infirmière ou un infirmier licencié(e) ou d'une ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24.

Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par une ou un médecin à l'aide du formulaire disponible auprès du Service à la clientèle de SSQ.

Recommandation

Nous vous invitons à communiquer avec notre Service à la clientèle pour vous assurer que la maison de convalescence est un établissement reconnu par SSQ.

2.3 EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION

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 RGAM.

Le présent régime exclut les frais qui sont couverts par les régimes d'état. Advenant que la protection actuelle des régimes d'état soit diminuée, le présent régime continuera de s'appliquer comme si les régimes d'état n'avaient pas été diminués, et ce, jusqu'à ce que les taux de prime soient modifiés en conséquence après entente entre les parties au contrat.

2.3.2 Limitation

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

2.3.3 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 autre assureur, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites des prestations payables en vertu de cet autre contrat. Le cas échéant, les documents requis seront demandés par SSQ.

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.

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).

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'au point **3.1.4**.

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 chiropraticienne ou 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 chirurgienne ou 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 au point **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 au point **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 coordonner les 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

Personne conjointe, 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) actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) personnes associées 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(e) 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(e) 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 au point **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 maximaux 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 d'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 au point **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 compagne 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 à l'article **n**) du point **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 B D'ASSURANCE VIE

Le régime d'assurance vie est offert en trois choix :

- Choix 1 Assurance vie de base de la personne adhérente
Choix 2 et 3 Assurance vie de base et additionnelle de la personne adhérente

IMPORTANT

Si, au moment de votre admissibilité au présent régime, vous détenez déjà un montant de protection dans le régime d'assurance vie à titre de personne adhérente dans le régime offert aux personnes employées, vous avez le droit de transformer ce montant en un contrat individuel, sans preuves d'assurabilité, à condition d'en faire la demande dans les 31 jours suivant le fin de votre admissibilité au régime offert aux personnes employées. Le montant de protection transformé ne peut être supérieur à la différence entre :

1. le montant d'assurance vie détenu dans le régime des personnes employées;
moins
2. le montant maximal d'assurance vie auquel vous êtes admissible dans le régime des personnes retraitées.

Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à la brochure décrivant le régime d'assurance collective des personnes employées.

4.1 CHOIX 1 - ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Le régime d'assurance vie de base de la personne adhérente est accessible seulement **si cette dernière participe au régime d'assurance maladie ou en est exemptée.**

Le capital assuré est déterminé en fonction de l'âge au moment du décès, selon le tableau suivant :

Âge	Capital
Moins de 60 ans	20 000 \$
de 60 à 64 ans	15 000 \$
65 ans ou plus	10 000 \$
Les prestations d'assurance vie sont payables peu importe la cause du décès.	
À cette garantie s'ajoute celle d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle.	

4.2 CHOIX 2 ET 3 - ASSURANCE VIE DE BASE ET ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Les choix 2 et 3 permettent respectivement de doubler et de tripler la protection prévue au choix 1.

Pour participer, la personne doit détenir, au moment de la retraite, un montant d'assurance vie (en vertu de son régime d'assurance collective) supérieur ou égal à celui offert par le présent régime.

À titre d'exemple, une personne de 62 ans doit détenir au moment de la retraite, en vertu de son régime d'assurance collective, au moins 30 000 \$ pour avoir accès au choix 2 et au moins 45 000 \$ pour avoir accès au choix 3.

Âge	Capital		
	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Moins de 60 ans	20 000 \$	40 000 \$	60 000 \$
de 60 à 64 ans	15 000 \$	30 000 \$	45 000 \$
65 ans ou plus	10 000 \$	20 000 \$	30 000 \$
Les prestations d'assurance vie sont payables, peu importe la cause du décès.			
À cette garantie s'ajoute celle d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle.			

4.3 GARANTIE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

En cas de mort accidentelle ou de perte accidentelle d'un membre pendant que l'assurance est en vigueur, et si cette perte survient le jour de l'accident ou dans les 365 jours suivant la date de cet accident, la personne adhérente ou son bénéficiaire désigné reçoit pour les pertes décrites au tableau ci-dessous un pourcentage du capital assuré.

TABLEAU DES PERTES	
Perte	Pourcentage
- de la vie	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %
- de la vue des deux yeux	100 %
- d'une main et d'un pied	100 %
- d'une main et de la vue d'un œil	100 %
- d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
- d'une main ou d'un pied	50 %
- de la vue d'un œil	50 %

Par «perte», on entend, pour ce qui est d'une main ou d'un pied, la perte totale et irrémédiable de l'usage; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

Par «accident», on entend tout événement fortuit produisant, sous l'action soudaine et imprévue d'un agent extérieur et indépendamment de toute autre cause, un dommage corporel constaté par une ou un médecin.

Si la personne adhérente subit plusieurs pertes par suite du même accident, le montant total d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle payable pour ce même accident ne peut excéder le montant d'assurance vie en vigueur à la date de l'accident.

Cette garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle s'applique peu importe l'âge de la personne adhérente au moment de la mort ou de la perte accidentelle.

Exclusions à l'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle

Les prestations d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle ne sont pas payables pour une perte attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

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

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

(Protection familiale d'assurance vie)

La personne adhérente peut participer au régime d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge pourvu **qu'elle participe au régime d'assurance vie de la personne adhérente**. Elle peut choisir d'y adhérer ou non, et ce, indépendamment de son type de protection en assurance maladie.

Ce régime prévoit le paiement d'une somme au décès de la personne conjointe, somme qui varie selon son âge au moment du décès.

- Pour la personne conjointe de moins de 70 ans : 5 000 \$
- Pour la personne conjointe de 70 ans et plus : 3 000 \$

Cette garantie prévoit également le paiement d'une somme 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 à charge est alors augmenté d'une somme de 5 000 \$ (3 000 \$ si la personne adhérente est âgée de 70 ans et plus), divisée par le nombre d'enfants à charge dans la famille.

4.5 BÉNÉFICIAIRE

Lorsqu'une personne adhère au régime 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 - COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

5.1 FRAIS HOSPITALIERS

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

5.2 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 a droit à un remboursement. Le message indiquant que la demande a été transmise à SSQ 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.

Vous pouvez utiliser ce système quel que soit votre âge. Toutefois, si vous êtes inscrit au RGAM, seules les demandes de prestations pour les médicaments non couverts par ce régime, mais admissibles à un remboursement par SSQ, peuvent être transmises par l'intermédiaire du système ESI différé. Si vous êtes dans cette situation, vous devez d'abord présenter votre « carte-soleil » de la RAMQ lors de l'achat de médicaments. Si la demande de prestations est refusée parce que le médicament est non admissible au RGAM, vous avez la possibilité

de présenter votre carte comportant le numéro ESI. S'il s'agit d'un médicament admissible à un remboursement en vertu de votre contrat, la demande de prestations sera transmise à SSQ.

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. **Toutes les demandes de prestations présentées plus de 12 mois à compter de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursées.**

5.3 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.**

5.4 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE

Dans le cas d'un accident du 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 donc être présentés à la CSST ou la SAAQ et non à SSQ.

5.5 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.

5.6 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.).

5.7 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 d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSQ;
- 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 SSQ permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

5.8 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

5.9 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.

Seules 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, auront 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 **5.8**.

6 - OPTIONS POUR LES PERSONNES ATTEIGNANT L'ÂGE DE 65 ANS

1- Lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, elle doit choisir, pour le **régime d'assurance maladie**, une des **deux options** suivantes :

A) Inscription au RGAM et maintien des autres garanties du régime d'assurance maladie de SSQ	B) Maintien de l'ensemble des garanties du régime d'assurance maladie de SSQ (incluant la garantie médicaments)
<ul style="list-style-type: none"> • Une réduction de primes est accordée par rapport aux primes payables avant l'âge de 65 ans.⁽¹⁾ • La personne adhérente doit également inscrire au RGAM sa personne conjointe ou ses enfants à charge, s'il y a lieu. • Pour la personne adhérente et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, SSQ maintient la couverture pour les autres garanties du régime d'assurance maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par le RGAM mais admissibles à un remboursement par SSQ. • Mise à part l'inscription des personnes à charge au RGAM, il n'y a aucune démarche à faire. En effet, à moins d'indication contraire, SSQ et la RAMQ considèrent que la personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans maintient son inscription au RGAM. • L'inscription au RGAM est irrévocable. La personne adhérente ne pourra plus être assurée par SSQ pour les médicaments couverts par le RGAM. <p><i>Ce choix demeure le plus avantageux.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une surprime doit être déboursée.⁽¹⁾ • La personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans doit communiquer avec SSQ et la RAMQ pour leur faire part de sa décision. • Cette décision est révocable. La personne adhérente peut s'inscrire au RGAM en tout temps.

(1) La modification de tarification applicable lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans prend effet le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit son anniversaire.

- 2- Lorsque la personne conjointe atteint l'âge de 65 ans avant la personne adhérente, elle doit choisir, pour le **régime d'assurance maladie**, une des **deux options** suivantes :

A) Inscription au RGAM et maintien des autres garanties du régime d'assurance maladie de SSQ	B) Maintien de l'ensemble des garanties du régime d'assurance maladie de SSQ (incluant la garantie médicaments)
<ul style="list-style-type: none"> • Une réduction de primes est accordée uniquement si une demande écrite est présentée à SSQ accompagnée du nom et de l'âge de la personne conjointe ainsi que d'une mention à l'effet qu'elle est inscrite au RGAM.⁽¹⁾ • Pour la personne conjointe, SSQ maintient la couverture pour les autres garanties du régime d'assurance maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par le RGAM mais admissibles à un remboursement par SSQ. • À moins d'indication contraire, SSQ et la RAMQ considèrent que la personne conjointe qui atteint l'âge de 65 ans maintient son inscription au RGAM. Toutefois, SSQ n'accorde la réduction de primes que dans la mesure où une demande écrite à cet effet lui est présentée.⁽¹⁾ • L'inscription au RGAM est irrévocable. La personne conjointe ne pourra plus être assurée par SSQ pour les médicaments couverts par le RGAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les primes ne sont pas modifiées. • Pour la personne conjointe, SSQ maintient la couverture pour les médicaments et les autres garanties du régime d'assurance maladie. • La personne conjointe qui atteint l'âge de 65 ans doit communiquer avec SSQ et la RAMQ pour leur faire part de sa décision. • Cette décision est révocable. La personne conjointe peut s'inscrire au RGAM en tout temps.

- (1) La modification de tarification applicable lorsque la personne conjointe atteint l'âge de 65 ans prend effet le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par SSQ.

7- TABLEAU DE PRIMES MENSUELLES APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2003

Régime d'assurance maladie (Régime A)

Garantie de médicaments	Garanties complémentaires	Primes totales	Contribution du groupe CSQ	Primes de la personne retraitée
Personne adhérente de moins de 65 ans				
Individuelle	Individuelle	92,80 \$	9,28 \$	83,52 \$
Monoparentale	Monoparentale	120,64 \$	12,06 \$	108,58 \$
Monoparentale	Individuelle	113,94 \$	11,39 \$	102,55 \$
Familiale	Familiale	185,60 \$	18,56 \$	167,04 \$
Familiale	Monoparentale	169,97 \$	16,99 \$	152,98 \$
Familiale	Individuelle	163,27 \$	16,32 \$	146,95 \$
Familiale - personne conjointe de 65 ans ou plus inscrite au RGAM*	Familiale	130,30 \$	13,03 \$	117,27 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus inscrite au RGAM				
Individuelle	Individuelle	37,50 \$	3,75 \$	33,75 \$
Monoparentale	Monoparentale	48,75 \$	4,88 \$	43,87 \$
Familiale	Familiale	75,00 \$	7,50 \$	67,50 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus non inscrite au RGAM				
Individuelle	Individuelle	131,17 \$	9,28 \$	121,89 \$
Monoparentale	Monoparentale	170,52 \$	12,06 \$	158,46 \$
Familiale	Familiale	262,34 \$	18,56 \$	243,78 \$

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

Les primes de la personne qui atteint l'âge de 65 ans sont modifiées le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec ou qui suit son 65^e anniversaire de naissance.

* Une demande écrite de protection particulière devra être présentée à SSO accompagnée du nom et de l'âge de la personne conjointe et d'une preuve qu'elle est inscrite au RGAM (copie d'une preuve de remboursement de médicaments par la RAMO).

Régime d'assurance vie (Régime B)

	Primes totales	Contribution du groupe CSQ	Primes de la personne adhérente
Choix 1			
Individuelle	10,85 \$	0,00 \$	10,85 \$
Familiale	15,64 \$	0,00 \$	15,64 \$
Choix 2			
Individuelle	21,70 \$	0,00 \$	21,70 \$
Familiale	26,49 \$	0,00 \$	26,49 \$
Choix 3			
Individuelle	32,55 \$	0,00 \$	32,55 \$
Familiale	37,34 \$	0,00 \$	37,34 \$

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

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À L'INTENTION DES PERSONNES RETRAITÉES DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ) MEMBRES D'ASSUREQ



Message à la personne retraitée

MODIFICATIONS AU 1^{er} JANVIER 2005

Ce dépliant contient de l'information importante relativement à votre régime d'assurance collective. Veuillez le conserver avec votre brochure.

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec le Service à la clientèle, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros suivants :

Région de Québec : (418) 651-6962

Autres régions : 1 888 833-6962



1. MODIFICATIONS AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- Les frais admissibles pour les produits antitabac passent de 620 \$ à 630 \$ par personne assurée, par année civile. Les produits antitabac couverts par SSQ sont les mêmes que ceux couverts par la RAMQ.
- 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.

- 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.

2. TABLEAU DES PRIMES MENSUELLES APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2005

Régime d'assurance maladie (Régime A)

Garantie de médicaments	Garanties complémentaires	Primes totales	Contribution du groupe CSQ	Primes de la personne adhérente
Personne adhérente de moins de 65 ans				
Individuelle	Individuelle	103,51 \$	5,00 \$	98,51 \$
Monoparentale	Monoparentale	134,56 \$	5,00 \$	129,56 \$
Monoparentale	Individuelle	127,09 \$	5,00 \$	122,09 \$
Familiale	Familiale	207,02 \$	5,00 \$	202,02 \$
Familiale	Monoparentale	189,59 \$	5,00 \$	184,59 \$
Familiale	Individuelle	182,12 \$	5,00 \$	177,12 \$
Familiale - personne conjointe de 65 ans ou plus inscrite à la RAMQ *	Familiale	145,33 \$	5,00 \$	140,33 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus inscrite à la RAMQ				
Individuelle	Individuelle	41,82 \$	5,00 \$	36,82 \$
Monoparentale	Monoparentale	54,37 \$	5,00 \$	49,37 \$
Familiale	Familiale	83,64 \$	5,00 \$	78,64 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ				
Individuelle	Individuelle	146,30 \$	5,00 \$	141,30 \$
Monoparentale	Monoparentale	190,19 \$	5,00 \$	185,19 \$
Familiale	Familiale	292,60 \$	5,00 \$	287,60 \$

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

Les primes de la personne qui atteint 65 ans sont modifiées le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec ou suit son 65^e anniversaire de naissance.

* Une demande écrite de protection particulière devra être présentée à SSQ, accompagnée du nom et de l'âge de la personne conjointe et d'une preuve qu'elle est enregistrée à la RAMQ (copie d'une preuve de remboursement de médicaments par la RAMQ).

TABLEAU DE PRIMES MENSUELLES APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2005

Régime d'assurance vie (Régime B)

	Primes totales	Contribution du groupe CSQ	Primes de la personne adhérente
Choix 1			
Individuelle Familiale	10,85 \$ 15,64 \$	0,00 \$ 0,00 \$	10,85 \$ 15,64 \$
Choix 2			
Individuelle Familiale	21,70 \$ 26,49 \$	0,00 \$ 0,00 \$	21,70 \$ 26,49 \$
Choix 3			
Individuelle Familiale	32,55 \$ 37,34 \$	0,00 \$ 0,00 \$	32,55 \$ 37,34 \$

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



Assurance
collective

Siège social :

2525, boulevard Laurier

Case postale 10500

Sainte-Foy (Québec) G1V 4H6

Région de Québec : (418) 651-6962

Autres régions : 1 888 833-6962