Contrat d'assurance collective 103000

Version administrative
au 1er janvier 2024

beneva
par La Capitale

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents qui ont été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale. Ce document et son contenu ne peuvent être reproduits, transmis ou communiqués, en tout ou en partie, à un tiers, sans le consentement écrit de La Capitale.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **103000**

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ

Ci-après appelée le Preneur

En contrepartie du paiement des primes applicables, l'Assureur s'engage à verser les montants d'assurance et de prestations conformément au présent contrat.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance : Le présent contrat entre en vigueur le 14 avril 2019.

Date de renouvellement : Le 1er avril 2021 pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires, le 1er avril 2022 pour le régime d'assurance invalidité de longue durée et le 1er avril 2024 pour le régime d'assurance vie. Par la suite, le renouvellement aura lieu le 1er avril de chaque année subséquente. Il est entendu que les taux de primes, suite à un renouvellement, s'appliquent à compter de la première période de paie complète suivant le 1er avril.

Heure d'entrée en vigueur, de modification ou de fin de l'assurance : toute assurance entre en vigueur, se modifie et se termine à 0 h 01, heure de la province de résidence de la personne assurée.

Ce contrat d'assurance collective doit s'interpréter en complémentarité avec les informations prévues au *Sommaire des garanties,* et ce, pour chacun des régimes qui y sont décrits.

L'Assureur s'engage à recueillir et utiliser uniquement les renseignements personnels de l'adhérente pertinents à l'objet du présent contrat. L'Assureur s'engage à prendre les mesures de sécurité raisonnables afin d'assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits, compte tenu de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.

À cet effet, seuls ses représentants, mandataires, agents, sous-traitants, réassureurs, employés, commettants, officiers, administrateurs, dirigeants, associés et ayants droit et toute autre personne responsable avec, pour ou envers elle, ainsi que les personnes que la personne assurée aura autorisées et celles autorisées par la loi, auront accès aux renseignements personnels de l'adhérente, et ce, uniquement dans la mesure où ces informations sont nécessaires à l'exercice de leur fonction ou à l'exécution de leur mandat.

La communication de tout renseignement personnel de l'adhérente à un tiers devra se faire avec le consentement préalable explicite du Preneur en respect des règles édictées par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et des dispositions prévues au Code civil du Québec.

Pour l'interprétation de ce contrat, la forme féminine utilisée
désigne tant le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE **PAGE**

SOMMAIRE DES GARANTIES i

DÉFINITIONS GÉNÉRALES 1

CONDITIONS D'ASSURANCE 6

1. Définition 6
2. Admissibilité 6
3. Participation 7
4. Adhésion 10
5. Droit d'exemption 14
6. Preuves d'assurabilité 15
7. Prise d'effet de l'assurance 15
8. Changement de catégorie de protection en cours d'assurance à la suite d'un événement de vie 17
9. Ajustements rétroactifs des salaires 18
10. Interruption temporaire de travail d'une adhérente 18
11. Paiement des primes 23
12. Terminaison de l'assurance 24
13. Dispositions relatives au transfert d'assureurs 25

EXONÉRATION DES PRIMES 26

1. Ouverture du droit à l'exonération des primes 26
2. Terminaison du droit à l'exonération des primes 26
3. Assignation temporaire et exonération 27
4. Retour progressif au travail ou assignation temporaire et fin de la période maximale d'exonération des primes 27
5. Limitations et exclusions 27

RÉGIME D'ASSURANCE VIE 28

1. Définitions 28
2. Objet du régime 28
3. Vie de base de l'adhérente 28
4. Vie du conjoint et des enfants à charge 28
5. Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) 29
6. Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $) 29
7. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale de l'adhérente 29
8. Vie additionnelle du conjoint 30
9. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale du conjoint 30
10. Mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente 31
11. Bénéficiaire 31
12. Droit de transformation 32

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE 34

1. Définitions 34
2. Objet du régime 35
3. Modalités de remboursement 35
4. Frais hospitaliers et frais de transport 35
5. Frais de médicaments 36
6. Assurance voyage avec assistance 38
7. Frais de soins de santé complémentaires 44
8. Limitations et exclusions 49
9. Droit de transformation 49

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES 50

1. Définitions 50
2. Objet du régime 50
3. Modalités de remboursement 50
4. Frais de soins dentaires 50
5. Tarifs et notes 55

6. Limitations et exclusions 56
7. Droit de transformation....56

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE 57

1. Définitions....57
2. Objet du régime 57
3. Montant de la prestation....57
4. Période maximale de prestations 58
5. Intégration....58
6. Indexation 61
7. Fréquence de paiement 61
8. Réadaptation 61
9. Modification....61
10. Limitations et exclusions 62

DEMANDES DE PRESTATIONS 63

1. Dispositions générales....63
2. Régime d'assurance vie....64
3. Régimes d'assurance maladie et de soins dentaires....64
4. Régime d'assurance invalidité de longue durée 65

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties qui sont incluses dans vos régimes d'assurance collective. La description complète des régimes apparaît dans les pages suivantes.

Classes de salariées admissibles	
Classe 1	Salariées à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un **emploi permanent**
Classe 2	Salariées à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un **emploi temporaire**
Classe 3	Salariées à temps partiel à moins de 70 % du temps complet et plus de 25 %
Classe 4	Salariées à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet
Délai d'admissibilité	
Classe 1	Après 1 mois de service continu pour tous les régimes d'assurance
Classes 2, 3 et 4	Après 1 mois de service continu pour le module bronze du régime d'assurance maladie et après 3 mois de service continu pour les autres régimes d'assurance, incluant le choix d'un module supérieur en vertu du régime d'assurance maladie

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Vie de base de l'adhérente	
Montant d'assurance	5 000 $
Début de l'exonération des primes	Premier jour de la période de paie complète suivant l'expiration du délai de carence du régime d'assurance invalidité de longue durée

Vie du conjoint et des enfants à charge	
Montants d'assurance Conjoint Enfant à charge (âgé de 24 heures ou plus)	 3 000 $ 3 000 $
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $)	
Montant d'assurance	Choix d'un montant fixe : 5 000 $, 10 000 $, 15 000 $, 25 000 $, 50 000 $, 75 000 $ ou 100 000 $
Preuves d'assurabilité	Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité de l'adhérente, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 $. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance.
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $)	
Montant d'assurance	Les adhérentes ayant opté pour un montant de 100 000 $ d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) peuvent ajouter : 1 à 16 tranches de 25 000 $
Preuves d'assurabilité	Requises en tout temps
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale (pour la vie de base de l'adhérente, vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) et vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $)	50 % du montant d'assurance vie détenu, minimum 2 500 $

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Vie additionnelle du conjoint	
Montant d'assurance	1 à 20 tranches de 25 000 $
Preuves d'assurabilité	Requises en tout temps
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale (pour la vie additionnelle du conjoint)	50 % du montant d'assurance vie détenu

Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente	
Montant d'assurance	Même montant que la vie de base de l'adhérente
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente	
Montant d'assurance	Même montant que la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $)
Début de l'exonération des primes	Identique à la vie de base de l'adhérente

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Les maximums indiqués ci-dessous sont des maximums de remboursement par personne assurée, à moins d'indication contraire.

Aucune franchise annuelle.

Protection	Module Bronze	Module Argent	Module Or
Frais hospitaliers et frais de transport			
Hospitalisation	Non couvert	100 %, chambre à deux lits (semi-privée)	100 %, chambre à deux lits (semi-privée)
Ambulance	100 %	100 %	100 %
Transport par avion ou par train	100 %	100 %	100 %
Frais de médicaments			
Remboursement	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 $ par certificat, et 100 % de l'excédent	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 $ par certificat, et 100 % de l'excédent	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 $ par certificat, et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Liste de médicaments	Régulière	Régulière	Régulière
Substitution	Générique obligatoire	Générique obligatoire	Générique obligatoire
Vaccins préventifs	Non couvert	Non couvert	500 $ par année civile
Assurance voyage avec assistance			
Remboursement	100 %	100 %	100 %
Maximum	5 000 000 $ viager	5 000 000 $ viager	5 000 000 $ viager

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Protection	Module Bronze	Module Argent	Module Or
Frais de soins de santé complémentaires (incluant les professionnels de la santé)			
Appareil auditif	Non couvert	80 %, maximum 400 $ par période de 36 mois consécutifs	80 %, maximum 600 $ par période de 36 mois consécutifs
Appareils et fournitures orthopédiques	Non couvert	80 %	80 %
Appareils thérapeutiques, pompe à insuline, neurostimulateur percutané (T.E.N.S.)	Non couvert	80 %	80 %
Bas de contention	Non couvert	80 %, maximum 3 paires par année civile	80 %, maximum 3 paires par année civile
Chaussures orthopédiques	Non couvert	80 %, maximum 1 paire par année civile	80 %, maximum 1 paire par année civile
Centre de réadaptation ou maison de convalescence	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 80 $ par jour, 60 jours par année civile
Cure de désintoxication	Non couvert	80 %, maximum 60 $ par jour, 3 000 $ viager	80 %, maxmum 80 $ par jour, 3 000 $ viager
Dentiste à la suite d'un accident et chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couvert	80 %	80 %
Fauteuil roulant et lit d'hôpital	Non couvert	80 %	80 %
Fournitures thérapeutiques	Non couvert	80 %	80 %
Glucomètre	Non couvert	80 %, maximum 300 $ par période de 60 mois consécutifs	80 %, maximum 300 $ par période de 60 mois consécutifs
Injections sclérosantes (médicament)	80 %, maximum 16 $ par visite	80 %, maximum 16 $ par visite	80 %, maximum 16 $ par visite
Injections sclérosantes (honoraires)	Non couvert	80 %, maximum 16 $ par visite	80 %, maximum 40 $ par visite

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Protection	Module Bronze	Module Argent	Module Or
Lentilles intraoculaires	Non couvert	Non couvert	80 %
Membre ou œil artificiel, prothèse mammaire	Non couvert	80 %	80 %
Orthèses podiatriques	Non couvert	80 %, maximum 240 $ par paire, 1 paire par année civile par adulte et 2 paires par année civile par enfant âgé de moins de 13 ans	80 %, maximum 240 $ par paire, 1 paire par année civile par adulte et 2 paires par année civile par enfant âgé de moins de 13 ans
Prothèse capillaire	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 300 $ par période de 60 mois consécutifs
Soins infirmiers et d'inhalothérapeutes	Non couvert	80 %, maximum 160 $ par jour, 4 000 $ par année civile pour l'ensemble de ces soins	80 %, maximum 160 $ par jour, 4 000 $ par année civile pour l'ensemble de ces soins
Soutien-gorge postopératoire	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 200 $ par période de 24 mois consécutifs
Stérilet (non médicamenté)	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 40 $ par stérilet
Traitements médicaux hors région (transport et hébergement)	80 %, maximum 1 000 $ par année civile	80 %, maximum 1 000 $ par année civile	80 %, maximum 1 000 $ par année civile

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Protection	Module Bronze	Module Argent		Module Or	
Professionnels de la santé					
Ergothérapeute	Non couvert	Non couvert			
Diététiste et nutritionniste					
Travailleur social					
Acupuncteur		80 %, maximum 28 $ par traitement ou visite, jusqu'à concurrence de 500 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels		80 %, maximum 50 $ par traitement ou visite, jusqu'à concurrence de 750 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	
Chiropraticien					
Kinésithérapeute					
Massothérapeute					
Naturopathe et naturothérapeute					
Orthothérapeute					
Ostéopathe					
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique					
Podiatre					
Audiologiste		80 %		80 %	
Orthophoniste Frais de rédaction d'un rapport d'évaluation		80 % 80 %		80 % 80 %	
Psychologue et psychothérapeute autorisé Frais de rédaction d'un rapport d'évaluation		50 % 50 %	Maximum 1 000 $ par année civile pour l'ensemble de ces frais	80 % 80 %	Maximum 1 500 $ par année civile pour l'ensemble de ces frais
Radiographie de chiropraticien		80 %, maximum 32 $ par année civile		80 %, maximum 32 $ par année civile	
Début de l'exonération des primes	Premier jour de la période de paie complète suivant l'expiration du délai de carence du régime d'assurance invalidité de longue durée				

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les maximums indiqués ci-dessous sont des maximums par personne assurée, à moins d'indication contraire.

Aucune franchise annuelle.

Service de paiement automatisé	Inclus
Remboursement selon les tarifs	De l'année courante
Fréquence pour les examens de rappel ou périodique, polissage, détartrage et application de fluorure	1 examen par période de 9 mois
Soins dentaires de diagnostic et de prévention	100 %
Soins dentaires de base	80 %
Soins dentaires complémentaires	50 %
Orthodontie (personne assurée de moins de 21 ans)	50 %
Maximum de remboursement	1 000 $ par année pour les soins dentaires de base et complémentaires, à l'exception des soins d'orthodontie **Orthodontie** : 1 000 $ viager
Début de l'exonération des primes	Premier jour de la période de paie complète suivant l'expiration du délai de carence du régime d'assurance invalidité de longue durée

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Délai de carence	**Adhérente détenant le statut de salariée permanente à temps complet** : 5 jours ouvrables plus 104 semaines de la même période d'invalidité **Adhérente ne détenant pas le statut de salariée permanente à temps complet** : 7 jours de calendrier à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités, plus 104 semaines de la même période d'invalidité
Montant de la prestation	**Adhérente détenant le statut de salariée à temps complet** : 100 % de la prestation d'assurance salaire nette payable par l'employeur pour la 104e semaine d'invalidité **Adhérente ne détenant pas le statut de salariée à temps complet** : Le montant le plus élevé entre : - 100 % de la prestation d'assurance salaire nette payable par l'employeur pour la 104e semaine d'invalidité ou - 100 % de la prestation d'assurance salaire nette payable par l'employeur découlant de 80 % d'un salaire annuel présumé de 12 000 $
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans
Indexation des prestations	Oui, selon l'Indice des rentes de Retraite Québec, jusqu'à concurrence de 5 %
Prestations imposables	Non
Début de l'exonération des primes	Premier jour de la période de paie complète suivant l'expiration du délai de carence du régime d'assurance invalidité de longue durée

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Aux fins d'interprétation de ce contrat, certains termes utilisés dans la description des conditions et régimes d'assurance ainsi que dans celle des dispositions générales sont définis à la présente section. Des définitions additionnelles se retrouvent également dans les régimes d'assurance auxquelles elles s'appliquent spécifiquement.

1. **Accident :** toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.

2. **Adhérente :** salariée assurée en vertu du présent contrat.

3. **Âge :** âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

4. **Année civile :** période commençant le 1er janvier d'une année donnée et se terminant le 31 décembre de la même année.

5. **Année d'assurance :** période s'étendant entre la date d'entrée en vigueur du contrat et la date de renouvellement qui suit immédiatement, de même que toute période de 12 mois comprise entre deux dates de renouvellement, sous réserve d'une autre entente à cet égard entre l'Assureur et le Preneur.

6. **Catégorie de protection :**

   a) protection individuelle : adhérente sans personnes à charge;

   b) protection familiale : adhérente avec personnes à charge (conjoint seulement ou conjoint et enfants);

   c) protection monoparentale : adhérente avec enfants à charge seulement. Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint tel que défini dans la présente section peut choisir la catégorie de protection monoparentale pour les régimes d'assurance concernés.

7. **Contrat :** le présent contrat-cadre, le *Sommaire des garanties*, les annexes jointes au contrat, toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'Assureur, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les lettres d'entente intervenues par la suite, les demandes d'adhésion des salariées et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent l'intégralité du contrat entre les parties contractantes.

8. **Contrat antérieur :** le ou les contrats d'assurance collective, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les salariées de l'employeur et leurs personnes à charge, le cas échéant.

9. **Convention collective :** la convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services sociaux et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec–FIQ.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10. **Dentiste :** personne membre d'une association dentaire professionnelle reconnue par les autorités compétentes de la province où elle exerce.

11. **Employeur :** un établissement régi par la convention collective de même que tout autre groupe accepté par le Preneur et l'Assureur.

12. **Franchise :** partie des frais admissibles pour laquelle la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.

13. **Invalidité :** état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de toute autre intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, d'un don d'organe ou de moelle osseuse et leurs complications nécessitant des soins et/ou traitements administrés par un professionnel reconnu et oeuvrant dans le domaine de la santé, ou résultant d'un état stationnaire et qui :

    - au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 260 semaines, rend l'adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur. Dans le cas d'une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée ci-dessus doit être remplacée par « 7 jours de calendrier » à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités;

    - par la suite, rend l'adhérente totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte suite à son éducation, sa formation et son expérience.

14. **Maladie :** altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

15. **Médecin :** tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

16. **Période d'invalidité :**

- au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 156 semaines : toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que l'adhérente n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de sa représentante, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente. Dans le cas d'une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée ci-dessus doit être remplacée par « 7 jours de calendrier » à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités;
- par la suite, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de calendrier pendant lesquels l'adhérente n'a pas été totalement invalide. Toute période d'invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité, sauf si cette nouvelle invalidité survient au cours d'une période d'invalidité.

Toute période de réadaptation ou d'assignation temporaire durant le délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité mais peut avoir un effet sur la gestion de l'exonération des primes.

Restriction

Une période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérente reçoit des traitements ou soins en vue de sa réadaptation est reconnue comme période d'invalidité.

17. **Personnes à charge :**

17.1 Conjoint

On entend par conjoints les personnes qui résident au Canada :

a) qui sont mariées et cohabitent;

b) qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;

c) qui sont de sexe différent ou de même sexe et qui vivent maritalement depuis au moins 1 an.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

À la suite de l'adoption en juin 2002 de la Loi instituant l'union civile et établissant des règles de filiation, les personnes, de sexe opposé ou de même sexe, qui s'unissent civilement sont reconnues comme conjoints à compter de la date de leur union. Ainsi, ces personnes sont assujetties aux mêmes règles de participation au régime d'assurance collective que les personnes mariées.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation, ou la dissolution de l'union civile, fait perdre ce statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait.

L'adhérente mariée qui ne cohabite pas avec son conjoint peut désigner à l'Assureur cette personne comme conjoint. Elle peut aussi désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition de conjoint prévue ci-dessus.

En tout temps, un seul conjoint est reconnu par l'Assureur, soit le dernier lui ayant été désigné.

17.2 Enfant à charge

Un enfant de l'adhérente, de son conjoint ou des deux, non marié ou non uni civilement et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de l'adhérente pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

a) est âgé de moins de 18 ans;

b) est âgé de 25 ans ou moins et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue;

c) quel que soit son âge, s'il 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.

17.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

Personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, survenue lorsque la situation de la personne correspondait à ce qui est prévu aux alinéas a) et b) de l'article précédent, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, domiciliée chez une personne assurée à titre d'adhérente ou de conjoint d'une adhérente, qui exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

18. **Personne assurée :** adhérente ou personne à charge couverte en vertu de ce contrat.

19. **Province :** province ou territoire faisant partie du Canada.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

20. **Salaire :** la rémunération à laquelle une salariée a droit selon son échelon dans l'échelle de son titre d'emploi auquel on ajoute, s'il y a lieu, les primes, les suppléments et la rémunération additionnelle prévue à la convention collective applicable et servant au calcul de la prestation d'assurance salaire en vertu du régime offert par l'employeur.

21. **Salariée :** à moins que le Preneur n'en décide autrement, toute personne travaillant pour un employeur moyennant rémunération et comprise dans une unité d'accréditation détenue par un syndicat affilié à la FIQ ainsi que toute personne syndiquée ou pas, travaillant moyennant rémunération pour la FIQ et/ou un ou plusieurs des syndicats affiliés à celle-ci; désigne également la salariée libérée pour activités syndicales. **Est exclue la salariée retraitée qui effectue un retour au travail après le 14 mai 2006, de même que toute étudiante ou externe en soins infirmiers ou en inhalothérapie**.

22. **Sommaire des garanties :** résumé des garanties d'assurance incluses dans le contrat d'assurance collective du Preneur. Le *Sommaire des garanties* spécifie notamment certaines conditions d'assurance, les régimes prévus par ce contrat, ainsi que les montants d'assurance et de prestations payables, et ce, pour chaque classe de salariées admissibles.

    La description complète des régimes, ainsi que les exclusions, les restrictions et les modalités de leur application se retrouvent dans les sections suivantes du présent contrat.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

CONDITIONS D'ASSURANCE

1. Définition

La définition suivante s'applique spécifiquement aux conditions d'assurance, en plus des définitions prévues à la section *Définitions générales*, lorsque le contexte s'y prête.

a) **Période de référence :** période s'étendant du 1er novembre au 31 octobre de l'année précédente pour fins de calcul de la prestation de travail au 1er janvier de chaque année.

b) **Retour effectif au travail :** le fait pour l'adhérente de réintégrer son lieu de travail et d'accomplir une journée complète de travail selon son horaire régulier.

2. Admissibilité

2.1. Salariée

Toute salariée est admissible à l'assurance à l'expiration du délai d'admissibilité indiqué au *Sommaire des garanties*, qu'elle ait ou non terminé sa période de probation.

2.2. Régime de sécurité d'emploi

La durée de l'emploi de la salariée chez l'employeur, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'unité de négociation, est utilisée aux fins d'application du délai d'admissibilité.

L'adhérente n'a pas à compléter un nouveau délai d'admissibilité dans les cas suivants :

a) lorsqu'après avoir quitté son employeur d'une façon définitive, la salariée revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur à l'intérieur d'une période ne dépassant pas 30 jours de calendrier suivant son départ;

b) lorsqu'une salariée est replacée vers un autre emploi en vertu du régime de sécurité d'emploi de la convention collective;

c) lorsqu'une salariée intègre l'unité de négociation tout en demeurant au service du même employeur.

2.3. Personnes à charge

Toute personne à charge d'une salariée est admissible à l'assurance, soit à la même date que la salariée si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient, selon la dernière de ces éventualités.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

2.4. Particularités relatives à l'admissibilité

L'admissibilité d'une salariée et de ses personnes à charge, le cas échéant, au régime de soins dentaires, est conditionnelle à leur admissibilité au régime d'assurance maladie. De même, l'admissibilité d'une salariée et de ses personnes à charge, le cas échéant, aux régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée, est conditionnelle à leur admissibilité au régime d'assurance maladie.

3. Participation

3.1. Régime d'assurance maladie

La participation au régime d'assurance maladie est obligatoire pour la salariée et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des cas d'exception prévus par la Loi sur l'assurance médicaments du Québec et du droit d'exemption prévu à ce contrat.

Dispositions applicables pour les personnes assurées âgées de 65 ans ou plus :

Aucune modification n'est apportée au régime d'assurance maladie de l'adhérente qui atteint l'âge de 65 ans. Cette dernière conserve l'ensemble des protections offertes par le régime d'assurance maladie, y compris le remboursement des frais de médicaments, et ce, sans que la prime ne soit modifiée. Les mêmes modalités s'appliquent pour le conjoint d'une adhérente assurée en vertu du régime d'assurance maladie du présent contrat et qui atteint l'âge de 65 ans.

Cependant, selon les règles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) pour le remboursement des médicaments couverts par ce régime. Toute personne assurée qui atteint l'âge de 65 ans doit donc se désengager de la RAMQ afin d'éviter de payer la prime relative au RGAM.

Si toutefois une personne assurée décidait de demeurer inscrite au RGAM, cette décision serait irrévocable. De plus, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu du présent contrat pour le remboursement des médicaments normalement couverts par le RGAM si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.

3.2. Régime de soins dentaires

La participation au régime de soins dentaires est facultative pour la salariée et ses personnes à charge admissibles.

3.3. Régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée

À l'exception des garanties d'assurance à participation facultative, la participation aux régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée est obligatoire pour la salariée admissible.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Par ailleurs, la participation à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge est obligatoire pour la salariée qui détient une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du régime d'assurance maladie ou qui se prévaut de son droit d'exemption à l'égard de ce régime et qui a des personnes à charge telles que définies à ce contrat.

Enfin, la participation à l'assurance vie de base de l'adhérente est indissociable de la participation à l'assurance mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente. De même, la participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) est indissociable de la participation à l'assurance mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente.

3.4. Salariée à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet

a) Au terme du délai d'admissibilité de 3 mois de service continu décrit au *Sommaire des garanties*, une salariée nouvellement admissible qui travaille 25 % ou moins du temps complet est assurée automatiquement en vertu de toutes les garanties à participation obligatoire des régimes d'assurance.

L'adhérente dispose d'un délai de 10 jours suivant la réception d'un avis écrit de son employeur indiquant son pourcentage de temps travaillé pour faire une demande de changement de module ou de terminer sa participation au régime de soins dentaires.

b) Au 1er janvier de chaque année, l'adhérente dont la prestation de travail a diminué à 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence peut faire une demande pour changer de module d'assurance maladie pour un module inférieur, et ce, même si la période minimale de participation à ce module n'est pas terminée.

L'adhérente dispose d'un délai de 10 jours suivant la réception d'un avis écrit de son employeur indiquant son pourcentage de temps travaillé pour faire cette demande de changement de module.

c) Au 1er janvier de chaque année, l'adhérente dont la prestation de travail a diminué à 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence peut faire une demande pour terminer sa participation au régime de soins dentaires, et ce, même si la période minimale de participation à ce régime n'est pas terminée.

L'adhérente dispose d'un délai de 10 jours suivant la réception d'un avis écrit de son employeur indiquant son pourcentage de temps travaillé pour faire cette demande de terminaison de participation.

d) L'adhérente qui travaille 25 % ou moins du temps complet et qui a décidé, en vertu des alinéas précédents, de changer de module d'assurance maladie ou de terminer sa participation au régime de soins dentaires, ne peut par la suite modifier son choix qu'au 1er janvier de chaque année.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

e) L'adhérente qui est absente entre la fin de la période de référence et le 31 décembre d'une année parce qu'elle bénéficie d'une interruption temporaire de travail de plus de 4 semaines peut exercer les choix décrits aux alinéas précédents lors son retour effectif au travail.

f) L'adhérente qui travaille 25 % ou moins du temps complet et qui a décidé de maintenir sa participation aux régimes d'assurance ne peut bénéficier par la suite des dispositions prévues aux alinéas b) et c) ci-dessus et ce, tant et aussi longtemps que sa prestation de travail demeure la même. Cette adhérente devra attendre la fin de la période minimale de participation applicable avant de pouvoir changer de module d'assurance maladie pour un module inférieur ou terminer sa participation au régime de soins dentaires.

3.5. Dispositions particulières de participation

3.5.1 Salariée travaillant auprès de plus d'un employeur

Salariée visée par la convention collective de la FIQ auprès de chacun des employeurs

La salariée doit participer aux régimes d'assurance maladie et de soins dentaires auprès d'un seul employeur, selon son choix, et se prévaloir de son droit d'exemption pour le régime d'assurance maladie auprès de l'autre employeur.

De plus, la salariée doit participer aux garanties obligatoires des régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée auprès de chacun des employeurs. Toutefois, la somme des montants détenus auprès de tous les employeurs ne peut excéder 100 000 $ d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) et 400 000 $ d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $).

Salariée visée par la convention collective de la FIQ auprès d'un seul employeur

La salariée doit participer aux régimes d'assurance maladie et de soins dentaires auprès d'un seul employeur, selon son choix, et se prévaloir de son droit d'exemption pour ces garanties en vertu du contrat d'assurance collective de l'autre employeur, s'il y a lieu.

De plus, la salariée doit participer aux garanties obligatoires des régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée auprès de l'employeur où la FIQ est présente.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

3.5.2 Salariée travaillant dans plus d'une catégorie d'emploi auprès du même employeur ou auprès de plus d'un employeur

La salariée doit participer aux régimes d'assurance maladie et de soins dentaires auprès d'un seul employeur et selon une seule catégorie d'emploi, selon son choix, et se prévaloir de son droit d'exemption pour ces garanties en vertu du contrat d'assurance collective de l'autre employeur ou de l'autre catégorie d'emploi, s'il y a lieu.

De plus, la salariée qui travaille dans la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires et qui travaille également dans une autre catégorie d'emploi non visée par la convention collective de la FIQ, doit participer aux garanties obligatoires des régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée chez l'employeur ou dans la catégorie d'emploi visée par la convention collective de la FIQ. Aux fins d'administration du régime d'assurance invalidité de longue durée, seul le salaire de la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires est considéré.

4. Adhésion

4.1. Régime d'assurance maladie

4.1.1 Dispositions générales

Toute salariée admissible doit remplir une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie dans les 30 jours suivant la date de début de son admissibilité. La salariée doit indiquer sur cette demande son choix de module, ainsi que son choix de catégorie de protection.

4.1.2 Choix de catégorie de protection

Les catégories de protection disponibles pour le régime d'assurance maladie sont les suivantes :

- protection individuelle
- protection familiale
- protection monoparentale

4.1.3 Absence de demande d'adhésion

Une salariée admissible qui refuse ou qui omet de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assurée en vertu du régime d'assurance maladie, selon le module bronze et la catégorie de protection individuelle, sous réserve de l'exercice de son droit d'exemption.

Les mêmes dispositions s'appliquent dans le cas d'une salariée qui ne peut pas remplir sa demande d'adhésion, sauf pour la catégorie de protection qui est alors déterminée en fonction de l'état civil de la salariée.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Toute demande ultérieure de changement de module ou de catégorie de protection entre en vigueur à la date de signature de la demande.

4.2. Régime d'assurance maladie – dispositions applicables au régime modulaire

4.2.1 Description des modules

Le régime d'assurance maladie offre les 3 modules suivants :

- module bronze
- module argent
- module or

4.2.2 Période minimale de participation

Le présent régime modulaire prévoit une période minimale de participation de 24 mois avant que l'adhérente puisse changer de module pour un module inférieur, et ce, qu'il y ait ou non un événement de vie entraînant une modification de la situation familiale. Les changements pour un module supérieur sont permis en tout temps.

Toutefois, la période minimale de participation de 24 mois est considérée comme atteinte à la date d'entrée en vigueur du présent contrat pour l'adhérente qui détenait le régime de base médicaments et complémentaire III en vertu du contrat antérieur et qui maintient la protection équivalente, soit le module argent, en vertu du présent contrat.

4.2.3 Adhérente invalide ou temporairement absente du travail

L'adhérente invalide ou temporairement absente du travail à l'entrée en vigueur du présent contrat se voit accorder automatiquement l'un des modules suivants, selon la situation :

- le module bronze si l'adhérente détenait seulement le régime de base médicaments en vertu du contrat antérieur; ou
- le module argent si l'adhérente détenait le régime de base médicaments et complémentaire III en vertu du contrat antérieur.

Dans l'éventualité où l'adhérente désire changer de module au terme de sa période d'invalidité ou d'absence temporaire du travail, elle doit remplir une demande à cet effet dans les 30 jours suivant la date de son retour effectif au travail. Dans ce cas, le changement de module entre en vigueur à la date de retour effectif au travail.

Si la demande n'est pas soumise dans le délai requis, le changement de module entre en vigueur à la date de signature de la demande.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

4.2.4 Entrée en vigueur d'un changement de module au terme d'une période minimale de participation

Dans l'éventualité où l'adhérente désire changer de module pour un module inférieur au terme d'une période minimale de participation, elle doit remplir une demande à cet effet dans les 30 jours suivant la date de terminaison de cette période. Dans ce cas, le changement de module entre en vigueur à la date de terminaison de la période minimale de participation.

Si la demande n'est pas soumise dans le délai requis, le changement de module entre en vigueur à la date de signature de la demande.

Dans l'éventualité où l'adhérente désire changer de module pour un module supérieur, le changement entre en vigueur à la date de signature de la demande soumise par l'adhérente à cet effet.

4.3. Régime de soins dentaires

4.3.1 Dispositions générales

Toute salariée admissible peut remplir en tout temps une demande d'adhésion au régime de soins dentaires. La salariée doit indiquer sur cette demande son choix de catégorie de protection.

4.3.2 Choix de catégorie de protection

Les choix de catégorie de protection disponibles pour le régime de soins dentaires sont identiques à ceux qui prévalent pour le régime d'assurance maladie.

La catégorie de protection choisie pour le régime de soins dentaires peut toutefois être différente de celle choisie pour le régime d'assurance maladie. Les combinaisons de catégories de protection possibles pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires sont les suivantes :

	Combinaisons possibles[1]						
Situations	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Régime d'assurance maladie	E	E	I	M	M	F	F
Régime de soins dentaires	I	F	I	I	M	I	F

1. I = protection individuelle, M = protection monoparentale, F = protection familiale, E = exemption

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

4.3.3 Période minimale de participation

Le présent régime de soins dentaires prévoit une période minimale de participation de 36 mois, et ce, qu'il y ait ou non un événement de vie entraînant une modification de la situation familiale.

Toutefois, la période minimale de participation de 36 mois est considérée comme atteinte à la date d'entrée en vigueur du présent contrat pour l'adhérente qui détenait le régime complémentaire I en vertu du contrat antérieur.

4.3.4 Adhérente invalide ou temporairement absente du travail

L'adhérente invalide ou temporairement absente du travail à l'entrée en vigueur du présent contrat se voit accorder automatiquement le régime de soins dentaires seulement si elle détenait le régime complémentaire I en vertu du contrat antérieur.

Dans l'éventualité où l'adhérente désire adhérer au régime de soins dentaires au terme de sa période d'invalidité ou d'absence temporaire du travail, elle doit remplir une demande à cet effet dans les 30 jours suivant la date de son retour effectif au travail. Dans ce cas, le régime de soins dentaires entre en vigueur à la date de retour effectif au travail.

Si la demande n'est pas soumise dans le délai requis, le régime de soins dentaires entre en vigueur à la date de signature de la demande.

4.3.5 Terminaison de la participation au régime de soins dentaires au terme d'une période minimale de participation

Dans l'éventualité où l'adhérente désire terminer sa participation au régime de soins dentaires au terme d'une période minimale de participation, elle doit remplir une demande à cet effet dans les 30 jours suivant la date de terminaison de cette période. Dans ce cas, la participation au régime de soins dentaires prend fin à la date de terminaison de la période minimale de participation.

Si la demande n'est pas soumise dans le délai requis, la participation au régime de soins dentaires prend fin à la date de signature de la demande.

4.4. Régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée

4.4.1 Dispositions générales

Toute salariée admissible doit remplir une demande d'adhésion aux régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée dans les 30 jours suivant la date de début de son admissibilité. La salariée doit indiquer sur cette demande son choix relativement aux montants de protection d'assurances vie additionnelles, s'il y a lieu.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

De plus, la salariée qui se prévaut de son droit d'exemption à l'égard du régime d'assurance maladie et qui ne participe pas au régime de soins dentaires doit également indiquer les informations relatives à ses personnes à charge telles que définies à ce contrat, s'il y a lieu.

4.4.2 Absence de demande d'adhésion

Une salariée admissible qui refuse ou qui omet de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assurée en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérente, de l'assurance mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente et du régime d'assurance invalidité de longue durée.

Les mêmes dispositions s'appliquent dans le cas d'une salariée qui ne peut pas remplir sa demande d'adhésion, sauf pour l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge qui est accordée ou non en fonction de l'état civil de la salariée.

Toute demande ultérieure d'ajout de garantie entre en vigueur à la date de signature de la demande ou à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur pour les garanties d'assurance concernées.

5. Droit d'exemption

Une salariée admissible peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, se prévaloir de son droit d'exemption à l'égard du régime d'assurance maladie à condition qu'elle établisse qu'elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

Une salariée qui a été exemptée de participer au régime d'assurance maladie conformément aux dispositions du paragraphe précédent, peut y participer par la suite aux conditions suivantes :

a) elle doit :

i) établir qu'antérieurement, elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu, étaient assurées en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime comportant des protections similaires;

ii) établir qu'il est devenu impossible qu'elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu, puissent continuer à être assurées;

iii) présenter sa demande dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance lui ayant permis de se prévaloir de son droit d'exemption, auquel cas l'assurance en vertu du présent régime prend effet à la date de cessation de cette assurance. Si la salariée ne soumet pas sa demande dans le délai requis, l'assurance en vertu du présent régime prend effet à la date de signature de la demande.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

b) nonobstant ce qui est indiqué à l'alinéa a) ci-dessus, dans le cas où une salariée désire participer à nouveau au régime d'assurance maladie sans qu'il y ait cessation de l'assurance lui ayant permis de se prévaloir de son droit d'exemption, le régime d'assurance maladie est accordé et entre en vigueur à la date de signature de la demande, selon le module et la catégorie de protection demandés.

6. Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur doivent être soumises lors des circonstances suivantes :

a) pour le montant de 100 000 $ d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) demandé dans les 30 jours suivant la date de début de son admissibilité à cette garantie;

b) pour tout montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) demandé plus de 30 jours suivant la date de début de son admissibilité à cette garantie ou pour tout ajout de montant supplémentaire d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) en cours d'assurance;

c) pour tout montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $);

d) pour tout montant d'assurance vie additionnelle du conjoint;

e) pour tout ajout de tranches supplémentaires d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $) ou d'assurance vie additionnelle du conjoint en cours d'assurance.

L'examen des preuves d'assurabilité par l'Assureur est fait sur une base individuelle pour chacune des personnes assurées. L'Assureur se réserve ainsi le droit de refuser d'assurer une adhérente ou son conjoint à la suite de l'examen de ces preuves.

Finalement, lorsque des preuves d'assurabilité doivent être présentées à l'Assureur pour une garantie d'assurance additionnelle, toute omission, réticence ou fausse déclaration de la part de la personne concernée au moment de l'adhésion à cette garantie peut entraîner la nullité de cette garantie et le versement du montant d'assurance applicable. De même, toute omission, réticence ou fausse déclaration de la part de la personne concernée au moment de l'ajout de montants supplémentaires d'assurance pour cette garantie peut entraîner la nullité de cet ajout.

7. Prise d'effet de l'assurance

7.1. Salariée

L'assurance d'une salariée prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

a) pour le régime d'assurance maladie, s'il s'agit d'une salariée nouvellement admissible qui ne s'est pas prévalu de son droit d'exemption, la date de début de son admissibilité, qu'elle soit au travail ou non à cette date;

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

b) pour le régime d'assurance maladie, s'il s'agit d'une salariée s'étant prévalu de son droit d'exemption et qui soumet une demande de fin d'exemption dans le délai requis, la date de cessation de l'assurance qui lui a permis de s'exempter;

c) pour le régime d'assurance maladie, s'il s'agit d'une salariée s'étant prévalu de son droit d'exemption et qui ne soumet pas une demande de fin d'exemption dans le délai requis, la date de signature de la demande de fin d'exemption;

d) pour le régime de soins dentaires, s'il s'agit d'une salariée nouvellement admissible qui soumet sa demande d'adhésion dans le délai requis, la date de début de son admissibilité, en autant qu'elle soit au travail à cette date;

e) pour le régime de soins dentaires, s'il s'agit d'une salariée qui soumet sa demande d'adhésion ou sa demande de changement de catégorie de protection plus de 30 jours suivant la date de début de son admissibilité ou la date de l'événement de vie entraînant la modification de la situation familiale, la date de signature de la demande, en autant qu'elle soit au travail à cette date;

f) pour les régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée, la date de début de l'admissibilité de la salariée, à condition qu'elle soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon lorsque la période d'invalidité de la salariée prend fin et qu'il y a retour effectif au travail;

g) la date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité pour les garanties d'assurance concernées, à condition que la salariée soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon lorsque la période d'invalidité de la salariée prend fin et qu'il y a retour effectif au travail;

h) pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires, ainsi que pour les garanties d'assurance mort et mutilation accidentelles, la date de retour effectif au travail de l'adhérente dont la participation aux garanties avait été terminée après l'expiration de la période maximale d'exonération des primes;

i) en ce qui concerne la salariée dont la prestation de travail a augmenté à plus de 25 % du temps complet, le 1er janvier de l'année qui suit la période de référence;

j) en ce qui concerne la salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet qui décide de participer aux régimes d'assurance après s'être prévalu des dispositions relatives aux salariées à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet, le 1er janvier de l'année.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

7.2. Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

a) si l'adhérente est déjà assurée selon une catégorie de protection monoparentale ou familiale et qu'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible, la date de début de l'admissibilité d'une telle personne à charge;

b) s'il s'agit d'une première personne à charge nouvellement admissible et que la demande est soumise dans les 30 jours suivant le début de son admissibilité, la date de l'événement de vie justifiant la demande;

c) s'il s'agit d'une première personne à charge auparavant admissible mais non assurée et que la demande n'est pas soumise dans le délai requis, la date de signature de la demande;

d) pour l'assurance vie additionnelle du conjoint, la date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité.

En aucun cas l'assurance d'une personne à charge ne peut prendre effet avant celle de la salariée.

8. Changement de catégorie de protection en cours d'assurance à la suite d'un événement de vie

Aux fins d'application de ce contrat, les événements de vie pouvant justifier un changement de catégorie de protection sont les suivants :

a) la naissance ou l'adoption d'un enfant;

b) le mariage, l'union civile ou la cohabitation, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint de ce contrat;

c) le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution de l'union civile, la séparation de fait, et ce, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint de ce contrat;

d) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge, conformément aux critères prévus à la définition de personne à charge de ce contrat.

L'adhérente doit remplir une demande de changement de catégorie de protection dans les 30 jours suivant la date de l'événement de vie entraînant la modification de la situation familiale. Dans ce cas, le changement de catégorie de protection entre en vigueur à la date de cet événement.

Si la demande n'est pas soumise dans le délai requis, le changement de catégorie de protection entre en vigueur à la date de signature de la demande.

Lors d'un changement de catégorie de protection, toute période minimale de participation en cours pour le module d'assurance maladie et le régime de soins dentaires, le cas échéant, continue d'être comptabilisée.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

9. Ajustements rétroactifs des salaires

Advenant qu'il y ait des ajustements rétroactifs suite à des modifications apportées aux salaires des adhérentes, l'Assureur ajuste rétroactivement les prestations qu'il a versées en vertu du régime d'assurance invalidité de longue durée. Les primes doivent aussi être perçues sur ces modifications de salaire.

10. Interruption temporaire de travail d'une adhérente

La participation aux régimes d'assurance est maintenue lors de certains types d'interruption temporaire de travail, et ce, conformément aux modalités indiquées ci-après. Ces modalités sont applicables sous réserve de toute disposition légale à l'égard des absences temporaires du travail.

Par ailleurs, le maintien de la participation aux régimes d'assurance pendant une interruption temporaire de travail requiert le paiement des primes applicables.

10.1. Types d'interruption temporaire de travail

10.1.1 Retrait préventif et congé de maternité

Lors d'un retrait préventif ou congé de maternité, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue par défaut.

Cependant, l'adhérente peut choisir de suspendre sa participation à ces régimes pour ne conserver que le régime d'assurance maladie, module bronze. Dans ce dernier cas, toute période minimale de participation en cours pour le module d'assurance maladie et le régime de soins dentaires, le cas échéant, est également suspendue.

Par ailleurs, l'adhérente qui suspend sa participation aux régimes d'assurance au début ou au cours de son interruption temporaire de travail ne peut la reprendre ultérieurement durant cette même absence.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

10.1.2 Congé avec ou sans solde de 4 semaines ou moins

Lors d'un congé avec ou sans solde de 4 semaines ou moins, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue.

L'adhérente continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10.1.3 Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines

Lors d'un congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue par défaut.

Cependant, l'adhérente peut choisir de suspendre sa participation à ces régimes pour ne conserver que le régime d'assurance maladie, module bronze. Dans ce dernier cas, toute période minimale de participation en cours pour le module d'assurance maladie et le régime de soins dentaires, le cas échéant, est également suspendue.

Par ailleurs, l'adhérente qui suspend sa participation aux régimes d'assurance au début ou au cours de son interruption temporaire de travail ne peut la reprendre ultérieurement durant cette même absence.

L'adhérente paie la prime totale (employeur et adhérente) par l'intermédiaire de son employeur. Toutefois, s'il s'agit d'une interruption temporaire de travail pour raisons familiales ou parentales, tel que prévu par la Loi sur les normes du travail, l'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

10.1.4 Congé partiel sans solde

Lors d'un congé partiel sans solde, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue.

L'adhérente continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

La prime et le montant de protection d'assurance invalidité de longue durée sont déterminés sur la base du salaire qui serait versé si l'adhérente n'était pas en congé partiel sans solde ou, à condition qu'elle effectue ce choix avant le début de son départ en congé partiel sans solde, sur la base du salaire réduit. L'adhérente qui décide de ne pas se prévaloir de ce choix dès le début de son congé partiel sans solde ne peut le faire plus tard au cours de son congé.

Lors d'un congé partiel sans solde, l'adhérente ne peut se prévaloir des dispositions relatives aux salariées à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10.1.5 Régime de congé à traitement différé

Le régime de congé à traitement différé inclut, d'une part, une période de contribution de l'adhérente et, d'autre part, une période de congé.

Durant la période de contribution, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue.

L'adhérente continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

La prime et le montant de protection d'assurance invalidité de longue durée sont déterminés sur la base du salaire qui serait versé si l'adhérente ne participait pas au régime de congé à traitement différé ou, à condition qu'elle effectue ce choix avant le début de sa participation audit régime, sur la base du salaire réduit. L'adhérente qui décide de ne pas se prévaloir de ce choix dès le début de sa participation au régime de congé à traitement différé ne peut le faire plus tard au cours de sa participation audit régime.

Durant la période de congé, l'adhérente est considérée en congé sans solde et les dispositions prévues pour un congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines s'appliquent.

La prime et le montant de protection d'assurance invalidité de longue durée de l'adhérente qui fait le choix de maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail sont les mêmes que ceux choisis par celle-ci au début de sa participation au régime de congé à traitement différé.

10.1.6 Suspension

Durant une suspension d'une durée de 4 semaines ou moins, les dispositions prévues pour un congé avec ou sans solde de 4 semaines ou moins s'appliquent.

Durant une suspension d'une durée supérieure à 4 semaines, les dispositions prévues pour un congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines s'appliquent.

10.1.7 Mise à pied temporaire

Lors d'une mise à pied temporaire, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue.

L'adhérente continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10.1.8 Congédiement contesté par grief

Une adhérente congédiée qui conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail peut soit maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail, soit suspendre sa participation à ceux-ci pour ne conserver que le régime d'assurance maladie, module bronze.

Dans ce dernier cas, toute période minimale de participation en cours pour le module d'assurance maladie et le régime de soins dentaires, le cas échéant, est également suspendue.

L'adhérente doit informer l'employeur de son choix à cet effet dans les 30 jours qui suivent le dépôt du grief et elle peut continuer d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel, le cas échéant, soit rendue.

L'adhérente paie la prime totale (employeur et adhérente) par l'intermédiaire de son employeur.

Si le congédiement fait l'objet d'un règlement entre les parties, la participation de l'adhérente aux régimes d'assurance cesse à la date de la signature du règlement, sauf s'il y a retour effectif au travail.

10.1.9 Grève ou lock-out

Lors d'une grève ou d'un lock-out, la participation de l'adhérente à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail est maintenue.

L'adhérente continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

10.2. Dispositions générales relatives à l'interruption temporaire de travail

10.2.1 Suspension de la participation aux régimes d'assurance pendant l'interruption temporaire de travail et retour effectif au travail

L'adhérente qui suspend sa participation aux régimes d'assurance lors d'une interruption temporaire de travail reprend automatiquement sa participation aux mêmes régimes dès son retour effectif au travail.

L'adhérente recommence alors à être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, conformément aux garanties, au module et à la catégorie de protection qui prévalaient avant le début de l'interruption temporaire de travail.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

De plus, le cours de toute période minimale de participation qui prévalait avant le début de l'interruption temporaire de travail pour le module d'assurance maladie et le régime de soins dentaires, le cas échéant, reprend là où il avait été suspendu.

10.2.2 Changement aux régimes d'assurance pendant l'interruption temporaire de travail

L'adhérente dont la situation familiale change durant l'interruption temporaire de travail peut demander un changement de catégorie de protection pour les garanties concernées, selon les mêmes dispositions que celles qui prévalaient avant le début de l'interruption temporaire de travail.

Cependant, seule l'adhérente qui maintient sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant le début de son interruption temporaire de travail peut changer de module d'assurance maladie et adhérer au régime de soins dentaires ou en terminer sa participation pendant cette interruption temporaire de travail. L'adhérente peut alors effectuer ces changements selon les mêmes dispositions que celles qui prévalaient avant le début de l'interruption temporaire de travail.

10.3. Invalidité débutant pendant une période d'interruption temporaire de travail

À moins d'indication contraire, lorsqu'une période d'invalidité débute lors d'une interruption temporaire de travail prévue aux articles 10.1.1, 10.1.2, 10.1.3, 10.1.5 et 10.1.6 ci-dessus et que l'adhérente a maintenu sa participation au régime d'assurance invalidité de longue durée, le début de la période d'invalidité pour les fins d'administration de l'exonération des primes et du régime d'assurance invalidité de longue durée est fixé à la date prévue de retour au travail.

L'adhérente qui n'effectue pas de retour effectif au travail après l'expiration de la période maximale d'exonération des primes ne peut maintenir sa participation aux régimes lors d'un congé sans solde.

10.4. Dispositions particulières relatives à l'adhérente travaillant à temps partiel

Pour l'adhérente travaillant à temps partiel qui maintient sa participation au régime d'assurance invalidité de longue durée durant une interruption temporaire de travail, la prime est basée sur son salaire établi au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps complet au cours des 12 semaines précédant le début de cette interruption temporaire de travail pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé parental, de congé sans solde, de congé annuel ou de libération syndicale n'a été autorisée.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Si l'adhérente travaillant à temps partiel devient invalide durant une telle interruption temporaire de travail, la prestation payable est basée sur son salaire annualisé à la date de l'épuisement du délai de carence multiplié par le pourcentage de son temps effectivement rémunéré par rapport au temps complet au cours des 12 semaines précédant le début de cette interruption temporaire de travail pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé parental ou de congé sans solde n'a été autorisée (salaire minimal de 12 000 $).

11. Paiement des primes

a) L'adhérente verse sa prime sauf si elle est exonérée du paiement de celles-ci en vertu des dispositions relatives à l'exonération des primes prévues à ce contrat.

L'employeur verse en entier sa contribution lorsqu'une prime est exigible sauf si elle est exigible à l'égard d'une adhérente qui maintient sa participation aux régimes d'assurance au cours d'une période d'interruption temporaire de travail prévue à ce contrat.

b) La prime pour une période est établie selon le tarif qui est applicable à l'adhérente au premier jour de la période de paie.

c) La prime n'est payable, pour une salariée qui devient assurée, qu'à compter du début de la période de paie qui coïncide avec ou suit immédiatement la date où elle devient admissible. De même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle une adhérente cesse sa participation.

d) La prime d'une période de paie est exigible lorsque la protection est en vigueur le premier jour de cette période. De même, la prime est payable pour la période de paie entière au cours de laquelle cesse la protection d'assurance.

e) Aucune prime relative au régime d'assurance invalidité de longue durée n'est payable pour une adhérente à compter du 1er jour de la période qui suit la date à laquelle elle atteint l'âge de 63 ans.

f) Salariée à temps partiel

Régimes d'assurance maladie, de soins dentaires et d'assurance vie

Les primes d'une salariée travaillant à temps partiel sont dues pour toute sa période de participation, et ce, même si son salaire est nul pour une période de paie donnée. L'employeur doit récupérer la prime sur le salaire à venir.

Régime d'assurance invalidité de longue durée

La prime exprimée en pourcentage du salaire s'applique au salaire effectivement versé dans chacun des établissements pour chaque période de paie comprise dans la période d'admissibilité.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

12. Terminaison de l'assurance

12.1. Adhérente

L'assurance de toute adhérente se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

a) la date de la retraite de l'adhérente;

b) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $), la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans;

c) pour l'assurance voyage avec assistance, la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 75 ans;

d) pour le régime d'assurance invalidité de longue durée, la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 63 ans;

e) la date à laquelle l'adhérente cesse de remplir les conditions d'admissibilité, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation, lorsque applicable. Dans le cas où un syndicat se désaffilie de la FIQ, l'assurance de toute adhérente se termine au plus tard le 45e jour suivant la date de réception par l'Assureur d'un avis écrit du Preneur l'informant de la désaffiliation;

f) la date de terminaison du présent contrat, sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes;

g) pour le régime de soins dentaires, le 1er janvier qui suit la date à laquelle l'adhérente se prévaut des dispositions relatives aux salariées à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet;

h) la date de décès de l'adhérente;

i) la date à laquelle l'Assureur reçoit une demande écrite de l'adhérente qui désire mettre fin à sa participation à une garantie d'assurance facultative, sous réserve de la période minimale de participation au régime de soins dentaires;

j) la date d'échéance de toute prime impayée si elle n'est pas versée à l'Assureur avant l'expiration du délai de grâce prévu à ce contrat et après l'envoi de tout avis légalement exigé à cet effet, dans les délais prescrits;

k) pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires, ainsi que pour les garanties d'assurance mort et mutilation accidentelles, la date à laquelle cesse la période maximale d'exonération des primes, sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes aux termes de ce contrat.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

12.2. Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

a) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérente, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation, lorsque applicable;

b) pour l'assurance vie additionnelle du conjoint, la date à laquelle le conjoint atteint l'âge de 65 ans;

c) la date de terminaison du présent contrat, sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes;

d) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;

e) la date à laquelle l'Assureur reçoit une demande écrite de l'adhérente qui désire mettre fin à la participation de l'une ou de toutes ses personnes à charge aux garanties d'assurance.

13. Dispositions relatives au transfert d'assureurs

L'Assureur garantit le lien entre ce contrat et le contrat antérieur pour l'adhérente et ses personnes à charge couvertes par ce contrat antérieur.

Ainsi, l'adhérente et ses personnes à charge couvertes par le contrat antérieur ne peuvent voir leur adhésion ou le paiement de montants de prestations refusés par l'Assureur uniquement en raison de conditions préexistantes qui ne s'appliquaient pas ou qui n'étaient pas prévues par le contrat antérieur ou parce que l'adhérente n'était pas au travail à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Une adhérente et ses personnes à charge couvertes par le contrat antérieur sont automatiquement couvertes par le présent contrat à compter de la date de résiliation du contrat antérieur, si la fin de l'assurance de l'adhérente n'est attribuable qu'à cette résiliation et que l'adhérente appartient à une classe de salariées admissibles en vertu du présent contrat.

Sous réserve de toute disposition légale, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de montants de prestations qui pourraient être dus à une adhérente couverte par un contrat antérieur en vertu d'une clause de prolongation, de récidive d'invalidité totale, d'exonération des primes, de droit de transformation ou de toute autre disposition prévue par ce contrat antérieur.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

EXONÉRATION DES PRIMES

1. Ouverture du droit à l'exonération des primes

Si une adhérente est reconnue invalide par l'Assureur alors qu'elle est couverte par ce contrat, sa participation aux régimes d'assurance est maintenue, sans paiement de primes, à l'expiration du délai indiqué au *Sommaire des garanties* pour toute garantie soumise à l'exonération des primes.

2. Terminaison du droit à l'exonération des primes

2.1. Régimes d'assurance maladie et de soins dentaires

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

a) la date de fin de la période d'invalidité de l'adhérente;

b) la date de fin d'une période maximale de 12 mois suivant 104 semaines d'une même période d'invalidité, si le lien d'emploi n'est pas maintenu après cette période;

c) la date de fin d'une période maximale de 24 mois suivant 104 semaines d'une même période d'invalidité, si le lien d'emploi est maintenu jusqu'à cette date;

d) la date de terminaison du présent contrat;

e) la date de la retraite de l'adhérente.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas où l'invalidité est reconnue au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'exonération continue de s'appliquer tant et aussi longtemps que l'adhérente reçoit une pleine indemnité de remplacement de revenu en vertu de ladite loi.

2.2. Régimes d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

a) la date de la fin de la période d'invalidité de l'adhérente;

b) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas d'une adhérente dont la période d'invalidité a débuté à l'âge de 62 ans ou après, l'exonération des primes relatives à l'assurance vie de base de l'adhérente, à l'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $), aux garanties d'assurance mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente et à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge peut se poursuivre au-delà de l'âge de 65 ans. Dans ce cas cependant, l'exonération est d'une durée maximale de 12 mois suivant 104 semaines d'une même période d'invalidité et ne peut se poursuivre au-delà de la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 71 ans.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Dans tous les cas, l'exonération des primes relatives aux garanties d'assurance mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente est d'une durée maximale de 12 mois suivant 104 semaines d'une même période d'invalidité, sans toutefois excéder l'âge de 71 ans.

Cependant, dans le cas où l'invalidité est reconnue au sens de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes relatives à l'assurance vie de base de l'adhérente, à l'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) et à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge continue de s'appliquer tant et aussi longtemps que l'adhérente a droit à une pleine indemnité de remplacement de revenu en vertu de ladite loi.

3. Assignation temporaire et exonération

Les dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire si l'adhérente reçoit le salaire qu'elle touchait avant le début de son invalidité.

4. Retour progressif au travail ou assignation temporaire et fin de la période maximale d'exonération des primes

Dans le cas d'un retour progressif au travail ou lors d'une assignation temporaire à temps complet ou réduit et en autant que le lien d'emploi est en vigueur à la fin de la période maximale d'exonération des primes, la participation de l'adhérente aux régimes d'assurance maladie et de soins dentaires est maintenue et les primes recommencent à être versées de la façon habituelle à l'Assureur.

5. Limitations et exclusions

Aucune exonération des primes n'est accordée lors d'une période d'invalidité :

a) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins continus d'un médecin ou d'un professionnel de la santé, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'Assureur;

b) qui résulte d'une participation active à une guerre, déclarée ou non, ou à une guerre civile, à une insurrection ou à une émeute;

c) pendant laquelle l'adhérente occupe une fonction rémunératrice, sauf pour ce qui est prévu aux dispositions relatives à la réadaptation ou dans le cadre d'une démarche de réadaptation aux conditions acceptées par l'Assureur.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime d'assurance vie, en plus des définitions prévues à la section *Définitions générales*, lorsque le contexte s'y prête.

a) **Non-fumeuse :** personne qui satisfait aux conditions du statut de non-fumeur établies par l'Assureur au moment où elle remplit la déclaration à cet effet.

b) **Perte :**

- lorsqu'il s'agit d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, ou la perte totale, définitive et irrémédiable de leur usage;
- lorsqu'il s'agit d'un doigt, l'amputation à la première phalange ou la perte irrémédiable de son usage;
- lorsqu'il s'agit de la vue d'un oeil, la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue;
- lorsqu'il s'agit de l'ouïe, la perte totale, définitive et irrémédiable de l'ouïe;
- lorsqu'il s'agit de la parole, la perte totale, définitive et irrémédiable de la parole.

c) **Valeur du paiement anticipé :** le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérente ou du conjoint totalement invalide.

2. Objet du régime

Lors du décès d'une adhérente assurée en vertu d'une ou de plusieurs garanties du régime d'assurance vie, l'Assureur verse le montant d'assurance payable au bénéficiaire de l'adhérente.

Dans le cas du décès d'une personne à charge de l'adhérente assurée en vertu d'une ou de plusieurs garanties du régime d'assurance vie, l'Assureur verse le montant d'assurance payable à l'adhérente.

3. Vie de base de l'adhérente

Le montant d'assurance vie de base payable en cas de décès de l'adhérente est indiqué au *Sommaire des garanties*.

4. Vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge payable en cas de décès d'une personne à charge de l'adhérente est indiqué au *Sommaire des garanties*.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

5. Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $)

Le montant d'assurance vie additionnelle (maximum 100 000 $) payable en cas de décès de l'adhérente est déterminé selon le montant choisi par l'adhérente. Les montants d'assurance disponibles sont indiqués au *Sommaire des garanties*.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour le montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) demandé plus de 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité de l'adhérente à cette garantie ou pour tout montant supplémentaire ajouté en cours d'assurance si l'adhérente se suicide alors qu'elle est assurée depuis moins de 12 mois en vertu de cette garantie.

6. Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $)

Le montant d'assurance vie additionnelle (plus de 100 000 $) payable en cas de décès de l'adhérente est déterminé selon le montant choisi par l'adhérente. Les montants d'assurance disponibles sont indiqués au *Sommaire des garanties*.

En aucun temps, la somme des montants payables en vertu des garanties d'assurance vie additionnelle de l'adhérente ne peut être supérieure à 500 000 $.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour le montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 $) si l'adhérente se suicide alors qu'elle est assurée depuis moins de 12 mois en vertu de cette garantie.

7. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale de l'adhérente

Sur acceptation de l'Assureur, toute adhérente totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base et d'assurances vie additionnelles payables à son décès.

Le montant payé à titre de paiement anticipé est limité au pourcentage indiqué au *Sommaire des garanties*, lequel pourcentage s'applique sur le montant d'assurance vie (base et additionnelles) que l'adhérente détient au moment où elle effectue sa demande. Ce montant ne peut être inférieur à celui indiqué au *Sommaire des garanties*.

Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu du régime d'assurance vie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

L'adhérente doit se procurer le formulaire prévu à cette fin auprès de l'Assureur et le lui retourner dûment rempli et signé par les personnes concernées.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an, émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Exclusion : Aucun paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale n'est versé par l'Assureur si le formulaire renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. S'il est découvert, lorsque le paiement anticipé est versé, que le formulaire ou la protection est nul et non avenu, le récipiendaire du paiement anticipé doit rembourser la valeur de ce paiement à l'Assureur.

8. Vie additionnelle du conjoint

Le montant d'assurance vie additionnelle payable en cas de décès du conjoint est déterminé selon le montant choisi par l'adhérente. Les montants d'assurance disponibles sont indiqués au *Sommaire des garanties*.

En aucun temps, la somme des montants payables en vertu des garanties d'assurance vie additionnelle du conjoint ne peut être supérieure à 500 000 $.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint si le conjoint se suicide alors qu'il est assuré depuis moins de 12 mois en vertu de cette garantie.

9. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale du conjoint

Sur acceptation de l'Assureur, toute adhérente dont le conjoint est totalement invalide et dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie additionnelle du conjoint payable au décès de celui-ci.

Le montant payé à titre de paiement anticipé est limité au pourcentage indiqué au *Sommaire des garanties*, lequel pourcentage s'applique sur le montant d'assurance vie additionnelle que l'adhérente détient pour son conjoint au moment où elle effectue sa demande.

Lors du décès du conjoint, le montant payable en vertu du régime d'assurance vie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

L'adhérente doit se procurer le formulaire prévu à cette fin auprès de l'Assureur et le lui retourner dûment rempli et signé par les personnes concernées.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an, émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

Exclusion : Aucun paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale n'est versé par l'Assureur si le formulaire renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. S'il est découvert, lorsque le paiement anticipé est versé, que le formulaire ou la protection est nul et non avenu, le récipiendaire du paiement anticipé doit rembourser la valeur de ce paiement à l'Assureur.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10. Mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente

Lorsqu'une adhérente subit l'une des pertes énumérées ci-après à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance et que cette perte survient dans les 365 jours de l'accident, l'Assureur verse à l'adhérente ou à son bénéficiaire, selon le cas, le pourcentage de la somme des montants assurés en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérente et de l'assurance vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 $) indiqué au *Tableau des pertes et indemnités*.

Tableau des pertes et indemnités	
Perte	**Pourcentage**
Perte de la vie	100 %
Perte d'une main	50 %
Perte d'un pied	50 %
Perte de la vue d'un œil	50 %
Perte de l'ouïe	50 %
Perte de la parole	50 %
Perte d'un doigt (de pied ou de main)	10 %
Le pourcentage maximal suite à un accident occasionnant plus d'une perte est de 100 %	

Limitations et exclusions afférentes à l'assurance mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente

Aucune prestation n'est payable pour une perte attribuable à l'une des causes suivantes :

a) suicide, tentative de suicide ou blessure qui a été causée volontairement par l'adhérente elle-même;

b) participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels, à une guerre déclarée ou non à une guerre civile;

c) service actif dans les forces armées.

11. Bénéficiaire

À la date d'entrée en vigueur du présent contrat ou de la protection de l'adhérente si elle est ultérieure, le bénéficiaire, aux fins du régime d'assurance vie, est « ses héritiers légaux » à moins que l'adhérente ne fasse parvenir au siège social de l'Assureur un avis écrit de désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérente peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance vie en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'Assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérente retournent à cette dernière.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

En l'absence de toute désignation spécifique faite par l'adhérente, tout montant d'assurance payable au décès d'une adhérente est versé à ses ayants cause.

Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les montants d'assurance payables sont divisés en parts égales entre les bénéficiaires.

Tout montant d'assurance payable au décès d'une personne à charge assurée est versé à l'adhérente si elle est alors vivante. Si l'adhérente est décédée, le montant est versé :

- au conjoint, s'il est vivant;
- sinon aux héritiers légaux de la personne à charge concernée.

Le montant d'assurance mort et mutilation accidentelles de base et additionnelle de l'adhérente payable pour une perte autre que celle de la vie est versé à l'adhérente.

12. Droit de transformation

Toutes les garanties d'assurance vie détenues par l'adhérente incluent un droit de transformation applicable lors des situations décrites ci-après, et selon les conditions prévues pour chacune de ces situations.

Ce droit de transformation permet à l'adhérente de transformer en tout ou en partie son montant d'assurance vie, ou celui de ses personnes à charge, le cas échéant, détenu en vertu d'un contrat d'assurance collective en un montant d'assurance vie individuelle.

Les primes relatives au contrat d'assurance vie individuelle sont établies selon les dispositions légales en vigueur. Le paiement de la première prime doit être effectué au cours des 31 jours suivant la situation permettant l'exercice du droit de transformation.

12.1. Fin de l'admissibilité de l'adhérente au contrat d'assurance collective

L'adhérente dont l'admissibilité au contrat d'assurance collective se termine peut se prévaloir de son droit de transformation, et ce, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité.

Afin d'exercer son droit de transformation à l'égard de son montant d'assurance vie ou de celui de ses personnes à charge, l'adhérente doit transmettre une demande écrite à l'Assureur au cours des 31 jours suivant la date de la fin de son admissibilité.

Le montant d'assurance pouvant faire l'objet d'une transformation en vertu du contrat d'assurance vie individuelle est le moindre des montants suivants :

a) la totalité des montants d'assurance vie de l'adhérente ou de ses personnes à charge à la date de l'exercice du droit de transformation; ou

b) 400 000 $; ou

c) le montant prescrit par toute disposition légale, si ce montant est plus élevé que le montant précité; ou

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

d) la différence entre la totalité des montants d'assurance vie de l'adhérente à l'exercice du droit de transformation et le montant obtenu en vertu du régime d'assurance des retraitées offert par l'Assureur (RIIRS).

Les montants d'assurance vie de l'adhérente ou de ses personnes à charge demeurent en vigueur jusqu'à la date de l'exercice du droit de transformation, sans toutefois excéder le délai précité de 31 jours.

L'adhérente ne peut exercer son droit de transformation à l'égard de son montant d'assurance vie ou de celui de ses personnes à charge pour tout montant d'assurance perdu résultant d'une réduction du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un transfert d'une classe de salariées admissibles à une autre.

12.2. Fin du contrat ou de la garantie d'assurance vie

L'adhérente dont le contrat d'assurance collective ou la garantie d'assurance vie prend fin et qui n'est pas remplacé, ou dont le nouveau contrat prévoit un montant d'assurance inférieur à celui du présent contrat, peut également se prévaloir de son droit de transformation à l'égard de son montant d'assurance vie sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité.

Afin d'exercer ce droit, l'adhérente doit avoir été couverte par le présent contrat de façon ininterrompue pendant les 5 années précédant immédiatement la date de fin du contrat ou de la garantie d'assurance vie. De plus, l'adhérente doit transmettre une demande écrite à l'Assureur au cours des 31 jours suivant cette date de fin.

Le montant d'assurance pouvant faire l'objet d'une transformation en vertu du contrat d'assurance vie individuelle est le plus élevé des montants suivants :

a) 25 % de la totalité des montants d'assurance vie de l'adhérente à la date de l'exercice du droit de transformation; ou

b) 5 000 $.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime d'assurance maladie, en plus des définitions prévues à la section *Définitions générales*, lorsque le contexte s'y prête.

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

b) **Assisteur :** le fournisseur de services d'assurance voyage avec assistance désigné par l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de modifier les services disponibles ou de changer d'Assisteur sans préavis.

c) **Centre hospitalier (hôpital) :** centre hospitalier au sens de la Loi et des règlements sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., ch. S-4.2, ch. S-5); à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

d) **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.

e) **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable :** liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels la personne assurée doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu de ce contrat.

f) **Médicament équivalent :** désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

g) **Proche parent :** le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de la personne assurée.

h) **Voyage :** voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de sa province de résidence.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

2. Objet du régime

L'Assureur rembourse les frais usuels et raisonnables pour les services, soins, traitements et fournitures médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'une complication de grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, d'un don d'organe ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical.

3. Modalités de remboursement

Les frais admissibles pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*, **en fonction du module choisi**.

4. Frais hospitaliers et frais de transport

4.1. Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation au Québec, jusqu'à concurrence du coût prévu au *Sommaire des garanties*, sans limite quant au nombre de jours. Puisque certaines adhérentes habitent en régions limitrophes et que l'hôpital le plus près se trouve dans une autre province, 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, en autant qu'il s'agisse d'un hôpital au Canada.

4.2. Ambulance

Les frais de transport en ambulance d'une personne assurée, en direction ou en provenance d'un hôpital, y compris le transport par avion en cas d'urgence, de même que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

4.3. Transport par avion ou par train

Sur ordonnance médicale, les frais de transport par avion ou par train d'une malade alitée lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par l'un ou l'autre de ces moyens, ainsi que les frais de transport par avion ou par train pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente interne à l'hôpital le plus rapproché où, selon la prescription du médecin, les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, de même que les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une telle hospitalisation. Les frais admissibles sont ceux engagés pour le moyen de transport le plus économique, compte tenu de la situation médicale de la personne assurée et des moyens de transport disponibles.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

5. Frais de médicaments

5.1. Frais admissibles de médicaments

L'Assureur rembourse les frais de médicaments suivants, le tout selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties* et **en fonction du module choisi** :

a) le coût des médicaments et autres produits prévus en vertu de la liste de médicaments et autres produits du Régime général d'assurance médicaments (RGAM);

b) le coût des médicaments nécessaires à la thérapeutique que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, ou prescrits et fournis par une infirmière autorisée à cette fin dans les régions éloignées;

c) les frais engagés pour des médicaments obtenus à la suite d'une ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

- troubles cardiaques
- troubles pulmonaires
- diabète
- arthrite
- maladie de Parkinson
- épilepsie
- fibrose kystique
- glaucome

Dans le cas de maladie considérée identifiée et libellée comme maladie grave dans le monde médical, certains autres médicaments prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et pouvant être obtenus sans ordonnance médicale peuvent être remboursés à certaines conditions;

d) les vaccins préventifs, soit le coût de la substance, administrée par un médecin ou une infirmière, dont le but est de prévenir ou de traiter une maladie.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

5.2. Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable

Les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

5.3. Substitution générique obligatoire

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalant au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur la prescription une mention de ne pas substituer.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament prescrit, elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet et le transmettre à l'Assureur aux fins d'analyse. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

5.4. Limitations et exclusions afférentes aux frais de médicaments

Les prestations payables par l'Assureur sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé. De plus, aucun remboursement n'est effectué pour :

a) des shampoings et des produits pour la pousse des cheveux;

b) des fais engagés suite à un accident subi ou une maladie contractée lorsque la personne assurée est en service actif pour les forces armées;

c) des produits de régime servant à compléter, à suppléer ou à remplacer l'alimentation, sauf pour les médicaments servant au traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée et pour laquelle un rapport médical complet est fourni à l'Assureur dans lequel il est décrit, à la satisfaction de l'Assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit autrement exclu;

d) des produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;

e) des produits dits « naturels »;

f) des traitements d'infertilité;

g) des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;

h) des frais en rapport avec la participation active de la personne assurée à une insurrection, à une émeute, à une guerre déclarée ou non ou à une guerre civile;

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

i) des frais engagés pour des produits ou des médicaments antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) ainsi que pour des frais en excédent du maximum prévu en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) relativement aux produits ou médicaments antitabac;

j) des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'Assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Les exclusions et limitations prévues au présent contrat ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre le régime de l'Assureur moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) en termes de prestations.

Enfin, sous réserve de toute disposition légale applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque couvert de ce régime ou le droit de modifier les taux de ce dernier. Nonobstant ce qui précède, toute modification apportée au régime doit faire l'objet d'une entente entre le Preneur et l'Assureur.

6. Assurance voyage avec assistance

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

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

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 000 $ viager.

Les montants de prestations sont indiqués en dollar canadien.

6.1. Frais admissibles

6.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 200 $ par hospitalisation, par personne assurée.

c) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

e) Les honoraires d'une infirmière diplômée membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant. Le remboursement maximal est de 3 000 $ par personne assurée. L'infirmière ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.

f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.

g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes, pour un accident qui est survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Le remboursement maximal est de 1 000 $ par accident, par personne assurée. De plus, les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

6.1.2 Frais de transport

a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

b) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

c) Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.

d) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée de se rendre à son chevet. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.

e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, à la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.

f) Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement. Le remboursement maximal est de 1 000 $ par personne assurée.

g) Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage.

h) Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 $, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 $ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

6.1.3 Allocations de subsistance

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

6.2. Service d'assistance voyage

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

a) Avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés aux régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.

b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.

c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.

d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre elle-même.

e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Dans tous les cas, les médicaments sont payés par la personne assurée, pour ensuite être remboursés par l'Assureur lorsque admissibles.

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

g) L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, à la suite de la perte de son passeport, son visa, sa carte de crédit, etc.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

h) L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.

i) Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction à tout code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats.

6.3. Obligations de la personne assurée

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

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

c) BILLETS NON UTILISÉS : lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la protection d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci le titre de transport qu'elle détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

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

6.4. Exclusions et réduction afférentes à l'assurance voyage avec assistance

En plus des exclusions et réduction mentionnées au régime d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de la personne assurée;

b) lorsque la personne assurée refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée;

c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite;

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

d) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;

e) pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

f) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, visé par un avis aux voyageurs, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur;

g) dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :

- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou

- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

6.5. Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

7. Frais de soins de santé complémentaires

7.1. Frais de soins de santé complémentaires admissibles

Les frais indiqués ci-dessous sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties* et **en fonction du module choisi**.

a) **Appareil auditif**

Les frais pour l'achat, le remplacement, la location, l'ajustement et la réparation d'appareils auditifs.

b) **Appareils et fournitures orthopédiques**

Le coût d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres (incluant la fibre de verre), vêtements pour le traitement de brûlures et autres appareils orthopédiques lorsque prescrits par un médecin.

c) **Appareils thérapeutiques, pompe à insuline et neurostimulateur percutané (T.E.N.S.)**

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques. À titre d'exemples, l'Assureur considère admissibles les frais pour :

- 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. : maximist, médi-pompe);
- les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.);
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- la pompe à insuline;
- les neurostimulateurs percutanés, etc. (T.E.N.S.).

d) **Bas de contention**

Le coût d'achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg) obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement médical.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

e) **Centre de réadaptation ou maison de convalescence**

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre de réadaptation ou une maison de convalescence lors d'une période nécessaire de convalescence suivant une hospitalisation.

Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

i) l'occupation doit débuter moins de 14 jours suivant la fin de l'hospitalisation de la personne assurée;

ii) l'occupation doit être d'une durée minimale de 12 heures.

f) **Cure de désintoxication**

Les frais (y compris les frais d'hébergement) pour le traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies suivi dans un établissement privé sous contrôle médical.

g) **Dentiste à la suite d'un accident et chirurgie esthétique à la suite d'un accident**

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions accidentelles à des dents naturelles subies à la suite d'un accident, de même que les frais de chirurgie esthétique nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident. Ces frais doivent être engagés dans les 3 ans suivant la date d'un accident survenu en cours d'assurance et à la condition que les services aient commencé dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

h) **Fauteuil roulant et lit d'hôpital**

Le coût de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant conventionnel ou d'un lit d'hôpital lorsque prescrit par un médecin. Afin d'être admissibles, les frais engagés doivent l'être pour un lit d'hôpital semblable à celui habituellement en usage dans un centre hospitalier.

i) **Fournitures thérapeutiques**

Le coût d'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 d'un organe ou d'un membre, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

j) **Glucomètre**

Le coût d'achat, d'ajustements et de réparations d'un glucomètre prescrit par un médecin dans les cas de diabète « insulinodépendant » ou considérés non contrôlés.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

k) **Injections sclérosantes – médicament**

Les injections sclérosantes administrées pour des raisons médicales.

l) **Injections sclérosantes – honoraires**

Les frais d'honoraires professionnels pour le traitement des varices pour des raisons médicales, mais non esthétiques.

m) **Lentilles intraoculaires**

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires requises pour corriger les effets d'une maladie de l'œil, incluant notamment la cataracte, et que ces effets ne puissent être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

n) **Membre ou œil artificiel, prothèse mammaire**

Le coût d'achat de membres artificiels, y compris un œil artificiel, et d'autres prothèses externes et fournitures prescrites par le médecin traitant et nécessaires au traitement de la personne assurée.

Limitation : le remboursement pourrait être limité à des frais usuels. Avant de faire l'achat d'une de ces fournitures, il est conseillé à la personne assurée de présenter une soumission à l'Assureur.

o) **Orthèses podiatriques et chaussures orthopédiques**

Le coût d'achat d'orthèses podiatriques. Est également remboursé le coût d'achat de chaussures orthopédiques conçues et fabriquées sur mesure pour une personne assurée à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied et les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est admissible.

Exclusion : Les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

p) **Prothèse capillaire**

L'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie.

q) **Soins infirmiers et d'inhalothérapeutes**

Les honoraires pour services professionnels d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et d'une inhalothérapeute.

r) **Soutien-gorge postopératoire**

L'achat d'un soutien-gorge postopératoire vendu par un laboratoire spécialisé et requis à la suite d'une mastectomie.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

s) **Stérilet (non médicamenté)**

L'achat d'un stérilet.

t) **Traitements médicaux hors région**

Les frais de transport et d'hébergement pour des traitements médicaux hors région.

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec pour la consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée.

Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée et transmis à l'Assureur doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler que la consultation ou le traitement spécialisé a lieu ou est rendu à l'endroit où le spécialiste effectue le traitement ou la consultation. De plus, ce rapport doit également confirmer que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée.

Les frais sont admissibles selon les dispositions suivantes :

- le transport pour un déplacement d'au moins 200 kilomètres (aller seulement) du lieu de la résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais sont couverts pour un transporteur public (le coût le plus économique). Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité au coût le plus économique d'un transporteur public à même destination. Une preuve confirmant l'utilisation du véhicule privé (achat d'essence) doit être jointe à la demande de prestation;
- l'hébergement dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence de 60 $ par jour à la suite d'un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. La nécessité du coucher doit être également démontrée à la satisfaction de l'Assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestation;
- pour un enfant assuré âgé de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

7.2. Professionnels de la santé

Les frais indiqués ci-dessous sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties* et **en fonction du module choisi**.

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou être reconnus par le Preneur et l'Assureur et exercer dans les limites de leur compétence au sens de la loi.

Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à prestations, et ce, pour chaque professionnel énuméré ci-après.

a) Les honoraires d'un **acupuncteur**.

b) Les honoraires d'un **audiologiste**.

Exclusion : les tests qui pourraient être nécessaires ne sont pas admissibles.

c) Les honoraires d'un **chiropraticien** et les **radiographies de chiropraticien**.

d) Les honoraires d'un **diététiste** et d'un **nutritionniste**.

e) Les honoraires d'un **ergothérapeute**.

f) Les honoraires d'un **kinésithérapeute**.

g) Les honoraires d'un **massothérapeute**.

h) Les honoraires d'un **naturopathe** et d'un **naturothérapeute**.

i) Les honoraires d'un **orthophoniste**.

Les frais de rédaction d'un **rapport d'évaluation** produit par un orthophoniste sont également admissibles.

Exclusion : les tests qui pourraient être nécessaires ne sont pas admissibles.

j) Les honoraires d'un **orthothérapeute**.

k) Les honoraires d'un **ostéopathe**.

l) Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute, lorsque les traitements sont donnés à l'extérieur d'un centre hospitalier.

m) Les honoraires d'un **podiatre**.

n) Les honoraires d'un **psychologue** et d'un **psychothérapeute autorisé**.

Les frais de rédaction d'un **rapport d'évaluation** produit par un psychologue ou un psychothérapeute autorisé sont également admissibles.

o) Les honoraires d'un **travailleur social**.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

8. Limitations et exclusions

Les prestations payables par l'Assureur sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

De plus, aucun remboursement n'est effectué pour :

a) des examens médicaux à l'intention d'une tierce partie (assurance, école, emploi, etc.) ou des voyages de santé;

b) des examens pour l'appréciation de la vision et de l'audition, pour les lunettes et lentilles cornéennes;

c) des soins de chirurgie esthétique, lorsqu'ils ne sont pas prodigués à la suite d'un accident;

d) des frais engagés suite à un accident subi ou une maladie contractée alors que la personne assurée est en service actif pour les forces armées;

e) des accessoires domestiques tels que bain tourbillon, filtre d'air, humidificateur ou autres appareils de même nature, de même que les appareils de contrôle tels stéthoscope, shygmomanomètre ou autres appareils de même nature;

f) des prothèses dentaires, sauf dans le cas de remplacement de dents naturelles à la suite d'un accident;

g) des frais en rapport avec la participation active à une insurrection, à une émeute, à une guerre déclarée ou non ou à une guerre civile;

h) des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière;

i) des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale. Si une personne n'est pas couverte par les lois en question, l'Assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été admissibles selon les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

9. Droit de transformation

La personne assurée qui cesse d'être admissible à ce régime peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle, si elle en fait la demande écrite à l'Assureur au plus tard 60 jours suivant la date de fin de son admissibilité. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai.

Si la personne assurée exerce son droit de transformation dans le délai requis, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de la fin de son admissibilité au régime d'assurance maladie de ce contrat. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime de soins dentaires, en plus des définitions prévues à la section *Définitions générales*, lorsque le contexte s'y prête.

a) **Guide des tarifs :** Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

b) **Sextant :** division des maxillaires correspondant à 6 parties.

2. Objet du régime

L'Assureur rembourse les frais pour les services, soins, traitements et fournitures recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire.

Par ailleurs, la description des frais de soins dentaires admissibles ci-après est basée sur le Guide des tarifs alors en vigueur lors de la plus récente mise à jour des textes contractuels de l'Assureur. Toutefois, aux fins d'administration de ce régime, l'Assureur applique la description de ces frais en tenant compte de l'évolution de l'art dentaire et de la mise à jour de ce guide.

3. Modalités de remboursement

Les frais admissibles pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés dans le Guide des tarifs en vigueur pour l'année de référence spécifiée au *Sommaire des garanties*.

Plan de traitement

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, il est conseillé à la personne assurée de présenter un plan de traitement à l'Assureur avant le début des traitements. Après analyse du plan de traitement, l'Assureur informe la personne assurée au sujet du remboursement auquel elle a droit conformément aux dispositions du présent contrat.

4. Frais de soins dentaires

4.1. Soins dentaires de diagnostic et de prévention – remboursés à 100 %

a) **Frais de diagnostic**

i) Examen buccal clinique

- Examen dentition mixte (1 par 5 ans)
- Examen complet, dentition permanente (1 par 5 ans)
- Examen de rappel ou périodique (1 par 9 mois)

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

- Examen pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, dans la mesure où il s'agit d'un examen non remboursable par le régime public d'assurance maladie
- Examen d'urgence (1 par année)
- Examen d'un aspect en particulier (1 par année)
- Examen parodontal complet (1 par 5 ans)
- Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

ii) Radiographies

- Radiographies intra-orales
- Radiographies extraorales
- Examens des sinus, sialographie
- Utilisation d'une substance radio-opaque pour faire ressortir les lésions, radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire
- Radiographie panoramique (1 pellicule par 5 ans)

iii) Tests et examens de laboratoires

- Test pulpaire
- Test histologique
- Test cytologique
- Anesthésie locale

b) **Prévention**

- Prophylaxie (polissage de la partie coronaire des dents) (1 par 9 mois)
- Application topique de fluorure (1 par 9 mois et pour les enfants à charge âgés de moins de 12 ans seulement)
- Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent
- Scellant de puits et de fissures (pour les dents permanentes des enfants à charge âgés de 13 ans et moins)
- Meulage interproximal des dents
- Améloplastie

c) **Endodontie**

- Urgence endodontique

d) **Chirurgie buccale**

- Incision et drainage chirurgicaux
- Traitement postchirurgical sans anesthésie (ex. : alvéolite – première séance)

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

4.2. Soins dentaires de base – remboursés à 80 %

Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par an.

a) **Restauration**

i) Dents primaires

- Restauration en amalgame conventionnel
- Restauration en amalgame lié par mordançage
- Restauration en composite

ii) Dents permanentes

- Restauration en amalgame conventionnel
- Restauration en amalgame lié par mordançage
- Restauration en composite
- Tenons, pour restauration
- Facette et fermeture d'un diastème

iii) Carie / trauma / contrôle de la douleur

- Pansement sédatif / coiffage indirect
- Meulage et polissage d'une dent traumatisée

b) **Endodontie**

- Pulpotomie, dents primaires (pour les enfants à charge âgés de moins de 12 ans)
- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie et traitement de canal conjoints
- Réparation de perforation
- Traitements généraux

c) **Parodontie**

- Jumelage et ablation d'un jumelage
- Détartrage parodontal supra et subgingival (1 par 9 mois)
- Appareils parodontaux
- Appareil intra-oral pour A.T.M.

d) **Chirurgie buccale**

- Tubéroplastie
- Ablation de tissu hyperplastique
- Ablation de surplus de muqueuse

4.3. Soins dentaires complémentaires – remboursés à 50 %

a) **Restauration**

i) Dents permanentes

- Recimentation d'un fragment de dent brisée
- Incrustation, métal
- Incrustation, porcelaine, résine ou céramique
- Tenon de rétention dans l'incrustation
- Pivot préfabriqué et reconstitution à travers une couronne ou un pilier de pont existant
- Couronne préfabriquée

b) **Chirurgie endodontique périapicale**

- Apectomie
- Apectomie et obturation rétrograde
- Amputation de racine
- Réimplantation intentionnelle
- Hémisection

c) **Parodontie**

i) Services parodontaux non chirurgicaux

- Urgence parodontale
- Application d'un désensibilisant

ii) Traitements préliminaires

- Équilibrage de l'occlusion

iii) Services parondontaux chirurgicaux

- Surfaçage radiculaire et curetage (1 fois par année, sauf si la nécessité de plus d'un sextant est démontrée à la satisfaction de l'Assureur)
- Chirurgie parodontale, incluant greffe, tissu conjonctif libre

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

iv) Traitements parodontaux d'appoint

- Irrigation parodontale sous-gingivale
- Application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente

d) **Prothèses**

Les frais admissibles pour tout type de prothèses (prothèse amovible et prothèse fixe) incluent les frais pour les visites de contrôle et les ajustements effectués dans les 3 mois qui suivent la mise en bouche.

Pour la portion des services se rapportant aux frais de laboratoire, les maximums admissibles sont de 50 % de l'honoraire du chirurgien dentiste pour le code de procédé dentaire en cause et selon le maximum prévu au Guide des tarifs. À moins d'indication contraire, les frais pour tout type de prothèses ne sont remboursables qu'une fois par 5 ans.

i) Prothèses amovibles

Prothèses complètes

- Prothèses complètes standards
- Prothèses complètes équilibrées
- Prothèses complètes immédiates (1 fois à vie)
- Prothèses complètes immédiates (de transition) (1 fois à vie)
- Prothèses complètes hybrides standards
- Prothèses complètes hybrides équilibrées
- Prothèses partielles, acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (1 fois à vie)
- Prothèses partielles, base coulée
- Prothèses complètes avec prothèses partielles sur arcade opposée avec base coulée (standards et équilibrées)
- Prothèses partielles coulées avec attaches de précision ou de type semi-précision
- Prothèse partielle hybride, base coulée
- Prothèses, services complémentaires
- Prothèses sur implants, jusqu'à concurrence du tarif pour une prothèse standard équivalente

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

ii) Prothèses et ponts fixes (1 même service par dent, par 5 ans)

Prothèses fixes

- Couronne individuelle
- Corps coulé
- Réparation d'une couronne ou d'une facette au fauteuil
- Recimentation ou ablation d'une incrustation, d'une couronne non-préfabriquée, d'une facette ou d'un pivot
- Pivot préfabriqué et reconstitution
- Pontiques
- Pont fixe, services complémentaires
- Piliers de ponte

e) **Chirurgie buccale**

f) **Orthodontie**

Frais d'orthodontie (pour les personnes assurées de moins de 21 ans seulement).

5. Tarifs et notes

Les frais pour les prothèses permanentes sont admissibles à condition que la mise en bouche ait lieu dans un délai de 6 mois suivant la date de mise en bouche de la prothèse temporaire.

SONT ADMISSIBLES LES FRAIS POUR :

- Prothèses initiales (prothèses fixes, prothèses amovibles temporaires ou permanentes, partielles ou complètes) rendues nécessaires à la suite de l'extraction de dents naturelles;
- Remplacement d'une prothèse actuelle, fixe ou amovible, temporaire ou permanente, partielle ou complète, mais seulement s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que :
  - le remplacement est nécessaire à la suite de l'extraction de dents naturelles pendant que la personne est assurée en vertu du présent contrat; ou que
  - la prothèse amovible ou fixe a été mise en bouche au moins 5 ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut pas être réparée; ou que
  - la prothèse actuelle est un dentier temporaire remplaçant une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la personne était assurée en vertu du présent contrat, que son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et qu'il a lieu dans un délai de 6 mois suivant la date de mise en bouche de la prothèse temporaire.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

6. Limitations et exclusions

Les prestations de soins dentaires sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

De plus, aucun remboursement n'est effectué pour :

a) Les frais pour les soins dentaires qui sont admissibles en vertu du régime d'assurance maladie des modules argent et or.

b) Les frais de soins dentaires engagés :

- pour des services, chirurgies ou soins esthétiques;
- lorsque la personne assurée est en service actif pour les forces armées;
- pour des soins que la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime;
- pour des actes reliés à l'implantologie, sauf ceux prévus au présent régime.

7. Droit de transformation

La personne assurée qui cesse d'être admissible à ce régime peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat d'assurance soins dentaires individuelle, si elle en fait la demande écrite à l'Assureur au plus tard 60 jours suivant la date de fin de son admissibilité. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai.

Si la personne assurée exerce son droit de transformation dans le délai requis, le contrat d'assurance soins dentaires individuelle entre en vigueur à la date de fin de son admissibilité au régime d'assurance soins dentaires de ce contrat. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime d'assurance invalidité de longue durée, en plus des définitions prévues à la section *Définitions générales*, lorsque le contexte s'y prête.

a) **Délai de carence :** période continue d'invalidité qui doit s'écouler avant que l'adhérente puisse avoir droit à des prestations d'assurance invalidité de longue durée. La durée de cette période est indiquée au *Sommaire des garanties*.

b) **Prestation nette :** la prestation payable en vertu du régime d'assurance salaire offert par l'employeur réduite des impôts fédéral et provincial, de la cotisation au Régime de rentes du Québec, de la cotisation au régime d'assurance emploi, de la cotisation au Régime québécois d'assurance parentale et des primes payées par l'adhérente pour l'ensemble de ses régimes d'assurance collective en vertu du présent contrat.

2. Objet du régime

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'une adhérente, en vertu du présent contrat, est devenue invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence, l'Assureur verse à cette adhérente une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après.

3. Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal à 100 % de la prestation nette établie sur une base mensuelle et payable par l'employeur pour la 104e semaine de prestation du régime d'assurance salaire offert par l'employeur, que la prestation soit effectivement payée ou non.

Le salaire de base servant à établir la prestation minimale est de 12 000 $. Ce salaire annuel minimal s'applique à toute adhérente à temps partiel, quel que soit son pourcentage de temps travaillé (plus ou moins 25 %). Dans le cas d'une adhérente travaillant auprès de plus d'un employeur ou dans le cas d'une adhérente occupant plus d'une catégorie d'emploi visée par la convention collective chez le même employeur, le montant de la prestation découle du total des salaires gagnés pour l'ensemble des emplois et le salaire minimal (12 000 $) s'applique à l'ensemble des emplois.

Ainsi, pour une adhérente à temps partiel, le montant de la prestation payable est le plus élevé entre :

a) 100 % de la prestation d'assurance salaire nette payable par l'employeur pour la 104e semaine d'invalidité; ou

b) 100 % de la prestation nette découlant de 80 % d'un salaire annuel présumé de 12 000 $.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Dans le cas d'une adhérente qui est congédiée durant la période de paiement des prestations d'assurance salaire en vertu du régime offert par l'employeur, le montant de sa prestation d'assurance invalidité de longue durée est calculé sur la base de la prestation nette qu'elle aurait reçue de l'employeur pour la 104e semaine de prestation du régime d'assurance salaire offert par l'employeur.

4. Période maximale de prestations

L'adhérente a droit à la prestation mensuelle à compter de la fin du délai de carence et durant tout le reste de sa période d'invalidité, sans toutefois dépasser son 65e anniversaire de naissance.

5. Intégration

La prestation d'assurance invalidité est réduite du montant initial de rente ou d'indemnité de remplacement de revenu en lien avec l'invalidité payable en vertu des sources suivantes :

- le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP);
- le Régime de retraite des enseignants (RRE);
- le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF);
- le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE);
- tout autre régime de retraite visant les salariées des secteurs public et parapublic administré par Retraite Québec;
- le Régime de rentes du Québec, y compris la rente de retraite que l'adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité;
- en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- en vertu de la Loi sur l'assurance automobile;
- en vertu de la Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement;
- toute autre loi sociale au regard de l'invalidité qui ouvre droit à des prestations en vertu du présent régime d'assurance invalidité de longue durée.

Il n'est pas tenu compte de l'indexation des montants payables en vertu de chacune des sources mentionnées ci-dessus.

En ce qui concerne le Régime de rentes du Québec, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster, s'il y a lieu, le montant initial de la rente d'invalidité (comprenant la rente de retraite pour invalidité) après que ce montant initial a été établi par Retraite Québec.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

De plus, tout règlement forfaitaire ou entente spéciale de remplacement de revenu en lien avec l'invalidité, convenu par l'un des organismes mentionnés précédemment, est tenu en compte et est intégré, s'il y a lieu, à la prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime.

5.1 Demande de rente ou de remplacement de revenu

L'Assureur a le droit de demander à l'adhérente de présenter une demande de rente ou d'indemnité de remplacement de revenu en lien avec l'invalidité aux organismes mentionnés précédemment. Il peut également demander à l'adhérente de présenter une demande de révision à la suite d'un refus d'une demande de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec.

Le défaut de l'adhérente de s'exécuter dans les 60 jours suivant une demande écrite de l'Assureur entraînera une estimation par l'Assureur de tels revenus et la coordination de ceux-ci à la prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime.

Il incombe à l'adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à des prestations provenant des organismes mentionnés précédemment.

5.1.1 Estimation de la rente payable en vertu du Régime de rentes du Québec

Dans le cas où l'adhérente invalide fait défaut de présenter une demande de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou une demande de révision à la suite d'un refus de ce même régime, le montant utilisé pour réduire la prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime sera estimé de la façon suivante :

- le montant total de la rente d'invalidité, y compris la rente de retraite que l'adhérente est en droit de recevoir en raison de son invalidité, estimé selon le relevé de participation du Régime de rentes du Québec; **ou**
- si l'adhérente fait défaut de soumettre le relevé de participation du Régime de rentes du Québec à l'Assureur, le montant maximal établi par Retraite Québec pour l'année en cours.

Dans le cas où l'adhérente présente finalement une demande de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec, et qu'elle soumet par la suite la réponse de Retraite Québec à l'Assureur, le montant de la rente qui avait été estimé de la façon décrite ci-dessus sera corrigé de façon rétroactive.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

5.2 Régimes de retraite visant les salariées des secteurs public et parapublic administrés par Retraite Québec

5.2.1 L'adhérente en invalidité qui est admissible, sans réduction actuarielle, à une rente de retraite d'un régime visant les salariées des secteurs public et parapublic administré par Retraite Québec (RREGOP, RRE, RRF, RRPE, etc.), et qui n'accumule plus d'années de service aux fins de la retraite, voit ses prestations d'assurance invalidité réduites d'un montant égal à 60 % de ladite rente.

5.2.2 L'adhérente en invalidité qui est admissible, avec réduction actuarielle, à une rente de retraite d'un régime visant les salariées des secteurs public et parapublic administré par Retraite Québec (RREGOP, RRE, RRF, RRPE, etc.) ou qui continue d'accumuler des années de service aux fins de la retraite, n'est pas tenue de faire sa demande de rente de retraite. Par ailleurs, si elle en fait tout de même la demande, ses prestations d'assurance invalidité seront réduites d'un montant égal à 60 % de ladite rente.

5.2.3 Dans le cas d'une adhérente invalide qui a demandé, après le début de son invalidité, un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite, les prestations d'assurance invalidité sont déterminées comme si ce remboursement n'avait pas eu lieu.

De plus, les modalités de réduction des prestations d'assurance invalidité décrites aux articles 5.2.1 et 5.2.2 ci-dessus s'appliquent sur la base de la rente qui aurait été payable en vertu du régime de retraite n'eut été le remboursement total ou partiel des contributions de l'adhérente à ce régime.

5.2.4 Estimation de la rente de retraite payable en vertu d'un régime de retraite visant les salariées des secteurs public et parapublic administré par Retraite Québec

L'Assureur a le droit de demander à l'adhérente qui n'accumule plus d'années de service aux fins de la retraite et qui est admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle de présenter une demande de rente de retraite. Le défaut de l'adhérente de s'exécuter dans les 60 jours suivant une demande écrite de l'Assureur entraînera une estimation par l'Assureur de tels revenus et la coordination de ceux-ci à la prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime.

Il incombe à l'adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à une rente de retraite sans réduction actuarielle.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

Dans le cas où l'adhérente invalide fait défaut de présenter une telle demande, le montant utilisé pour réduire la prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime sera estimé de la façon suivante :

- selon le relevé de participation au régime de retraite; **ou**
- si l'adhérente fait défaut de soumettre le relevé de participation au régime de retraite à l'Assureur, sur la base de 70 % de son salaire effectif à la date de début de son invalidité.

Dans le cas où l'adhérente présente finalement une demande de rente de retraite sans réduction actuarielle d'un régime visant les salariées des secteurs public et parapublic administré par Retraite Québec alors qu'elle n'accumule plus d'années de service aux fins de la retraite, et qu'elle soumet par la suite la réponse de Retraite Québec à l'Assureur ou qu'elle lui fournit un relevé de participation au régime de retraite démontrant qu'elle n'est pas admissible à recevoir une telle rente, le montant de la rente qui avait été estimé de la façon décrite ci-dessus sera corrigé de façon rétroactive.

5.3 Montants versés par l'employeur

La prestation d'assurance invalidité payable en vertu du présent régime n'est pas réduite des sommes versées par l'employeur en paiement du solde accumulé aux termes des différentes banques de la salariée dont, notamment, les banques de jours de congé de maladie, de jours de vacances et de jours de congés fériés.

6. Indexation

Lorsque la prestation a été payée pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité, la prestation nette alors payée est indexée au 1er janvier de chaque année selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties*.

7. Fréquence de paiement

Les prestations sont payables mensuellement et le premier paiement est effectué un mois après la fin du délai de carence.

8. Réadaptation

Si une adhérente accepte un emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur, sa prestation n'est réduite que de 50 % de la rémunération nette reçue de cet emploi.

9. Modification

Toute modification au régime d'assurance salaire de l'employeur prévue à la convention collective qui aurait pour effet de modifier les primes relatives au régime d'assurance invalidité de longue durée de ce contrat est considérée comme inexistante jusqu'à ce qu'il y ait entente entre le Preneur et l'Assureur pour modifier soit les primes dudit régime, soit le montant de la prestation de ce même régime.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

10. Limitations et exclusions

Aucune prestation d'invalidité n'est payable lors d'une période d'invalidité :

a) pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins continus d'un médecin ou d'un professionnel de la santé, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'Assureur;

b) qui résulte d'une participation active à une guerre, déclarée ou non, ou à une guerre civile, à une insurrection ou à une émeute;

c) pendant laquelle l'adhérente occupe une fonction rémunératrice, sauf pour ce qui est prévu aux dispositions relatives à la réadaptation ou dans le cadre d'une démarche de réadaptation aux conditions acceptées par l'Assureur auquel cas il y a intégration et non exclusion.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

DEMANDES DE PRESTATIONS

1. Dispositions générales

Tous les montants d'assurance et de prestations payables en vertu des régimes de ce contrat sont versés à l'adhérente. En cas de décès de l'adhérente, les montants d'assurance payables sont versés à son bénéficiaire désigné.

Avant de verser un montant d'assurance ou de prestations, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner la personne assurée ou son corps et de demander une autopsie, le cas échéant, à moins qu'une disposition légale ne s'y oppose. De plus, l'Assureur peut exiger tous les renseignements et dossiers médicaux documentant un diagnostic, des traitements ou des services qu'une personne assurée a reçus avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance.

1.1. Subrogation des droits de l'adhérente à l'Assureur

L'adhérente subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur de l'événement ayant entraîné une demande de prestations en vertu de ce contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à l'adhérente.

1.2. Fin de ce contrat ou annulation d'une garantie d'assurance

Sous réserve des dispositions relatives au transfert d'assureurs, la fin de ce contrat ou l'annulation de l'une de ses garanties d'assurance pour laquelle une personne assurée est couverte n'est opposable à aucune demande de prestations liée à :

a) un décès survenu alors que ce contrat était en vigueur;

b) un décès consécutif à une invalidité totale alors que ce contrat était en vigueur;

c) un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu alors que ce contrat était en vigueur;

d) une invalidité totale survenue ou une maladie contractée alors que ce contrat était en vigueur.

L'Assureur est tenu de continuer le versement des prestations d'assurance invalidité dans l'éventualité où l'invalidité totale pour laquelle une adhérente reçoit de telles prestations en vertu de ce contrat se prolonge après la fin de ce dernier.

1.3. Incessibilité des droits des personnes assurées

Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par une personne assurée du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat ne lie l'Assureur.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

2. Régime d'assurance vie

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès ou de la mutilation de la personne assurée.

La demande de prestations, ainsi que toute pièce justificative requise par l'Assureur, doivent être soumises au plus tard 10 ans suivant la date du décès de la personne assurée ou, en cas de mutilation accidentelle, suivant la date de l'accident.

3. Régimes d'assurance maladie et de soins dentaires

Toute demande de prestations doit être soumise à l'Assureur au plus tard 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. En cas de fin du contrat ou du régime, les demandes de prestations doivent être également soumises au plus tard 12 mois suivant la date de fin.

Les délais précités sont de rigueur. Toutefois, la personne assurée ne perd pas son droit aux prestations prévues en vertu des régimes d'assurance maladie et de soins dentaires si elle prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'elle a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt.

La demande doit être accompagnée des reçus officiels ou des factures acquittées. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services, soins, traitements ou fournitures ont été fournis. De plus, pour certains frais, la personne assurée doit joindre une prescription médicale à sa demande de prestations, lorsque requise.

3.1. Frais de médicaments, soins de santé complémentaires et soins dentaires

a) Demande de prestations soumise par un professionnel de la santé

Il est possible pour la personne assurée de soumettre sa demande de prestations par l'entremise de certains professionnels de la santé préalablement approuvés par l'Assureur, soit un pharmacien ou un dentiste. L'Assureur verse au professionnel de la santé la partie assurée des frais admissibles au moment de la transaction. La personne assurée est responsable de payer au professionnel de la santé la partie des frais qui sont à sa charge, conformément aux dispositions de ce contrat.

b) Demande de prestations soumise à l'Assureur

La personne assurée peut payer au professionnel de la santé le coût total des frais engagés. Par la suite, la personne assurée peut utiliser l'un des moyens suivants pour faire parvenir à l'Assureur sa demande de prestations :

i) par l'application mobile;

ii) en ligne, dans l'espace sécurisé;

iii) par la poste, en transmettant le formulaire de demande de prestation rempli.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

3.2. Assurance voyage avec assistance

La personne assurée paie au fournisseur le coût total pour les services, soins, traitements ou fournitures. L'Assisteur rembourse les frais admissibles suivant la réception de tout document officiel et pièce justificative requise.

Dans certaines circonstances, et sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assisteur, ce dernier peut rembourser les frais engagés directement au fournisseur.

4. Régime d'assurance invalidité de longue durée

4.1. Demande de prestations

Trois mois avant la fin du versement de la prestation d'assurance salaire payée par l'employeur, l'Assureur fait parvenir à l'adhérente un formulaire de demande de prestations initiale pour le régime d'assurance invalidité de longue durée du présent contrat.

La demande doit être remplie par l'adhérente et son médecin traitant, puis retournée à l'Assureur avec les documents requis.

Par la suite, l'Assureur effectue une demande de renseignements additionnels auprès de l'employeur.

4.2. Preuves

Des preuves de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande. Le fait pour l'adhérente de ne pas fournir à l'Assureur toute preuve supplémentaire ou de ne pas se soumettre à un examen médical dont la date est déterminée par l'Assureur au moment de la demande écrite de l'Assureur, suspend le droit de l'adhérente à recevoir des prestations d'assurance invalidité, relativement à l'invalidité en cause, pour la période s'étendant de la fin d'un délai de 31 jours à compter de la demande écrite jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé.

Toutefois, si l'adhérente ne se soumet pas à une telle demande de l'Assureur dans un délai de 6 mois, elle perd automatiquement le droit de recevoir des prestations d'assurance invalidité, relativement à telle invalidité, rétroactivement à l'échéance d'une période de 31 jours suivant la date de la demande initiale à cet effet qui lui avait été faite par l'Assureur.

Le défaut de transmettre la demande de prestations, les preuves ou les renseignements dans les délais prévus, n'entraîne pas le refus de la réclamation pourvu que l'adhérente démontre, à la satisfaction de l'Assureur, que des raisons valables l'ont empêché de le faire.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.