SSQ assurance

l'esprit collectif

Assurance collective

Votre régime

Hydro Québec

Employés de bureau permanents

Police 44HQ0 Hydro-Québec

1er juillet 2020

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

HYDRO-QUÉBEC

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1er juillet 2020 pour les adhérents suivants :

Employés de bureau permanents

Numéro de police : 44HQ0

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES TG-1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 1
Définitions et interprétation 1
Règles de participation 5
Périodes d'application de l'assurance 9
Paiement des prestations 15
Limitation des engagements contractuels 17
Changements d'assureur 17
Exonération des primes en cas d'invalidité totale 18

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE (AVCB) 20
Assurance vie collective de base de l'adhérent 20
Assurance vie collective de base du conjoint 23
Assurance vie collective de base des enfants à charge 25

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE COMPLÉMENTAIRE 26
Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC) 26
Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP) 28
Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP) 30

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (RASILD) ... 31

ASSURANCE SANTÉ 38
Soins médicaux 38
Médicaments (Soins médicaux) 43
Hospitalisation (Soins médicaux) 47
Établissements pour soins spécialisés (Soins médicaux) 48
Professionnels de la santé (Soins médicaux) 50
Autres frais médicaux (Soins médicaux) 52
Soins dentaires 58
Diagnostic et prévention (Soins dentaires) 63
Soins de restauration (Soins dentaires) 65
Services de prosthodontie (Soins dentaires) 70

ASSURANCE VOYAGE 76
Assurance voyage avec assistance 83
Assurance annulation de voyage 88

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA) 93

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le *Tableau des garanties* décrit les principales caractéristiques de votre régime d'assurance collective. Veuillez vous référer à la description des garanties de la présente brochure pour obtenir l'information complète, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

La présente brochure décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1er juillet 2020.

Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les employés permanents régis par le Syndicat des employé-e-s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec qui sont au service d'Hydro-Québec ou de toute filiale désignée par Hydro-Québec, à condition de ne pas être régi par le décret de la construction.
Date d'admissibilité des nouveaux employés	Dès l'entrée en service pour l'employeur

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie collective de base (AVCB)

La même option s'applique à l'adhérent, au conjoint et aux enfants à charge, le cas échéant.
L'AVCB du conjoint et des enfants à charge sont des garanties obligatoires.

Assurance vie collective de base de l'adhérent

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance	25 000 $	50 000 $	75 000 $
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent		

Assurance vie collective de base du conjoint

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance	1 000 $	2 000 $	3 000 $
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent		

Assurance vie collective de base des enfants à charge

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (par enfant à charge de 24 heures ou plus)	1 000 $	1 500 $	2 000 $
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent		

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie collective complémentaire (AVCC)

Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance [1] (arrondi au 1 000 $ supérieur du montant d'assurance)	Entre 0,5 et 5 fois le salaire annuel	Entre 0,5 et 3 fois le salaire annuel	Entre 0,5 et 3 fois le salaire annuel
Maximum sans preuves	3 fois le salaire annuel [2] [3]	3 fois le salaire annuel [2] [3]	3 fois le salaire annuel [2] [3]
Maximum avec preuves	5 fois le salaire annuel [2] [3]	s.o.	s.o.
Fin de l'assurance	Le jour du 65e anniversaire de l'adhérent ou à sa retraite, selon la dernière éventualité	Le jour de la retraite de l'adhérent	

[1] Par tranches de 0,5 fois le salaire jusqu'à concurrence de 3 fois le salaire et par tranches de 1 fois le salaire par la suite (4 fois et 5 fois le salaire)

[2] Les maximums sans preuves et avec preuves incluent le montant d'assurance détenu par l'adhérent en vertu de l'AVCB.

[3] Sous réserve des dispositions prévues à l'article 5. Preuves d'assurabilité de la section Règles de participation

Assurance vie collective complémentaire (suite)

Le conjoint et les enfants à charge sont admissibles à la présente assurance si l'adhérent est admissible à l'AVCC et qu'il a choisi l'**Option A** de l'AVCB.

Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (en fonction de la prime payée)	Par tranches de 10 000 $ Minimum : 10 000 $ Maximum : 150 000 $	s.o.	s.o.
Maximum sans preuves	10 000 $ [1]		
Fin de l'assurance	Le jour du 65e anniversaire de l'adhérent ou à sa retraite, selon la dernière éventualité		

Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (par enfant à charge de 24 heures ou plus)	10 000 $	s.o.	s.o.
Maximum sans preuves	Aucun		
Fin de l'assurance	Le jour du 65e anniversaire de l'adhérent ou à sa retraite, selon la dernière éventualité		

[1] Sous réserve des dispositions prévues à l'article 5. Preuves d'assurabilité de la section Règles de participation

Régime de sécurité de salaire (RSS)
et
Régime de sécurité de salaire supplémentaire (RSSS)

Ces régimes sont autoassurés et administrés par Hydro-Québec; SSQ n'est pas l'assureur.

Pour plus d'information au sujet de ces régimes, veuillez consulter la section *Assurances* dans l'Espace RH d'Hydro-Québec.

Prestations versées	100 % du salaire, sous réserve du nombre de jours de crédit RSS [1] *(deux semaines par année de service)* 80 % du salaire par la suite (RSSS)
Délai de carence	Aucun Certificat médical exigé quand l'absence excède trois jours de travail consécutifs
Durée des prestations	Jusqu'à 52 semaines
Imposition des prestations	Imposables
Fin de la protection	Au départ à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

[1] Le crédit RSS comprend jusqu'à six jours rémunérés par année pour des absences liées à une maladie sérieuse et imprévue ou à un accident d'un membre de la famille immédiate, et jusqu'à 10 jours par année en cas de maladie grave (état de santé qui met la vie en danger) d'un membre de la famille immédiate. Ces autres jours rémunérés sont pris à même le crédit RSS. Pour plus d'information, veuillez consulter la section *Assurances* dans l'Espace RH d'Hydro-Québec.

TABLEAU DES GARANTIES

Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD)

Prestations	80 % du salaire mensuel brut payable au début de l'invalidité totale **Pour un employé saisonnier** : 80 % du salaire hebdomadaire de base multiplié par 34 semaines et divisé par 12 mois
Maximum	7 500 $
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.
Indexation des prestations	Oui **Pour les invalidités survenues avant le 1er janvier 2015** : Aucune indexation
Délai de carence	52 semaines
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Imposition des prestations	Imposables
Fin du versement des prestations	Le dernier jour du mois suivant le 65e anniversaire de l'adhérent ou le dernier jour du mois précédant la date où il a droit à une retraite facultative avec au moins 30 années de participation au Régime de retraite d'Hydro-Québec [1], selon la première éventualité **Pour les invalidités survenues avant le 1er janvier 2015** : Le dernier jour du mois suivant le 65e anniversaire de l'adhérent
Fin de l'assurance	Le jour du 65e anniversaire de l'adhérent (moins le délai de carence) ou à sa retraite (y compris la retraite facultative), selon la première éventualité

[1] Incluant la période de non-participation au RRHQ pouvant être rachetée à la suite de la période d'invalidité totale (que l'employé rachète ou ne rachète pas cette participation au RRHQ).

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé

Soins médicaux

Franchise par année civile : 25 $ par certificat (applicable à toutes les protections sauf **Hospitalisation**)

Il est à noter que la franchise s'applique à compter du 61e jour pour la protection **Établissements pour soins spécialisés**.

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Médicaments		
Médicaments avec carte SSQ – Paiement direct *	√	80 % (1)
Médicaments – Traitement de l'infertilité *	√	
Médicaments – Dysfonction sexuelle *	1 000 $ de remboursement par année civile par personne assurée Avec autorisation préalable	
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM (2)	
Injections sclérosantes *	20 $ admissibles par jour	
Médicaments anti-obésité *	√ Avec autorisation préalable	

(1) Lorsque le maximum annuel à débourser selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à débourser, qui s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.

(2) RGAM signifie « Régime général d'assurance médicaments ».

Hospitalisation		
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre semi-privée	100 %

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Établissements pour soins spécialisés		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée	100 % pour les 60 premiers jours (par période de 12 mois); 80 % à compter du 61e jour d'hospitalisation
Centre de réadaptation		
Maison de convalescence		
Soins pour maladies chroniques		
Professionnels de la santé		
Acupuncteur	56 $ de remboursement par traitement (1) Maximum regroupé de 1 500 $ de remboursement par année civile par personne assurée	80 %
Audiologiste		
Chiropraticien		
Diététiste		
Ergothérapeute		
Homéopathe		
Kinésithérapeute / Kinothérapeute		
Massothérapeute		
Naturopathe		
Orthophoniste		
Orthothérapeute		
Ostéopathe		
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique		
Podiatre / Chiropodiste		

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Chiropraticien – Radiographies	75 $ de remboursement par année civile par personne assurée	80 %
Psychiatre	Maximum regroupé de 2 000 $ de remboursement par année civile par personne assurée	80 %
Psychologue		
Psychothérapeute		

(1) Le maximum payable par traitement sera haussé de 1 $ par année aux 1er janvier 2021, 2022 et 2023. Il sera maintenu à 59 $ par la suite.

Autres frais médicaux		
Accessoires pour pompe à insuline	√	80 %
Ambulance ou transport ambulancier par avion ou par train	√	80 %
Analyses de laboratoire	√	80 %
Appareil auditif	775 $ de remboursement par période de 36 mois consécutifs par personne assurée	80 %
Appareil d'assistance respiratoire	√	80 %
Appareil de coagulation *	√	80 %
Appareils orthopédiques *	√	80 %
Appareils thérapeutiques *	√	80 %
Articles pour stomie *	√	80 %
Bas de contention *	275 $ de remboursement par année civile par personne assurée	80 %

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Chaussures orthopédiques *	Maximum regroupé de 450 $ de remboursement par année civile par personne assurée Franchise de 125 $ par service pour les chaussures orthopédiques et les chaussures profondes	80 %
Chaussures profondes *		
Orthèses plantaires *		
Échographies	√	80 %
Électrocardiogrammes	√	80 %
Fauteuil roulant et marchette *	√	80 %
Glucomètre	√	80 %
Infirmier *	√	80 %
Lentilles intraoculaires	√	80 %
Lit d'hôpital *	√	80 %
Neurostimulateur transcutané	√	80 %
Pompe à insuline	√	80 %
Prothèse capillaire *	Maximum viager de 775 $ de remboursement par personne assurée	80 %
Prothèse externe et membre artificiel	√	80 %
Prothèses mammaires *	√	80 %
Radiographies	√	80 %
Résonances magnétiques	√	80 %
Soutiens-gorges postopératoires *	275 $ de remboursement par année civile par personne assurée	80 %

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Sphygmomanomètre *	√	80 %
Tomodensitométries	√	80 %
Traitement de radiothérapie *	√	80 %
Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles	√ Dans les 12 mois suivant l'accident	80 %
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent	

*** Ordonnance médicale requise**
√ Frais usuels et raisonnables

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins dentaires

Franchise par année civile :

Pour l'employé : 25 $ Pour les personne à charge : 25 $

Année de référence des tarifs suggérés maximums : L'année au cours de laquelle les services sont rendus

Mode de transmission des demandes de prestations : Électronique

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Diagnostic et prévention		
Soins de diagnostic	Regroupé avec les soins de restauration	100 %
Soins de prévention		
Soins de restauration		
Soins de restauration	2 250 $ de remboursement par année civile par personne assurée [1]	80 % (sauf si autrement spécifié dans la description de la garantie)
Endodontie		
Parodontie		
Chirurgie buccale		
Services généraux complémentaires		
Services de prosthodontie		
Prothèse amovible	Regroupé avec les soins de restauration	60 % (sauf si autrement spécifié dans la description de la garantie)
Prothèse fixe		
Fréquence des visites de rappel	6 mois	
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent	

[1] Le maximum payable sera haussé de 50 $ par année aux 1er janvier 2021, 2022 et 2023. Il sera maintenu à 2 400 $ par la suite.

Assurance voyage

Assurance voyage personnel	
Pourcentage de remboursement	100 %
Personnes admissibles	Adhérent, conjoint et enfants à charge Selon le statut de protection détenu en vertu de la garantie de Soins médicaux
Protection	Obligatoire [1]
Durée du séjour	Tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 $ de remboursement par séjour par personne assurée
Assurance annulation de voyage	5 000 $ de remboursement par séjour par personne assurée
Fin de l'assurance	Le jour de la retraite de l'adhérent

[1] La garantie est obligatoire à moins d'être exempté en vertu de la garantie de Soins médicaux, auquel cas l'adhérent est également exempté en vertu de la présente garantie.

Assurance voyage (suite)

Assurance voyage d'affaires (court séjour)	
Pourcentage de remboursement	100 %
Personnes admissibles [1]	Adhérent seulement Lors d'un voyage d'affaires effectué à la demande de l'employeur
Protection	Obligatoire
Durée du séjour	Moins de deux mois [2]
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 $ de remboursement par séjour
Début de l'assurance	À la date de départ pour le voyage d'affaires
Fin de l'assurance	Au retour du voyage d'affaires, sans égard à la cessation d'emploi [3]

[1] Aux fins de la présente garantie, toute personne désignée par le preneur et assignée à l'extérieur du Québec (par exemple un travailleur occasionnel ou un consultant) est considérée comme une personne admissible.

[2] Pour les voyages de plus de deux mois, des dispositions particulières s'appliquent, vous devez communiquer avec le Centre de services RH avant votre départ.

[3] L'assurance demeure en vigueur lors d'une invalidité ou de vacances prises pendant un voyage d'affaires.

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (DMA)

DMA pendant un voyage d'affaires (court séjour)	
Montant d'assurance	50 000 $
Personnes admissibles	Adhérent seulement
Protection	Obligatoire
Voyages protégés	Voyage d'affaires de moins de 2 mois effectué à la demande de l'employeur et dont la destination est à plus de 40 km du lieu habituel de travail
Plafond global d'indemnisation	7 500 000 $ pour l'ensemble des demandes de prestations présentées à l'égard des personnes assurées en vertu du contrat, à la suite d'un seul et même accident
Début de l'assurance	À la date de départ pour le voyage d'affaires
Fin de l'assurance	Au retour du voyage d'affaires, sans égard à la cessation d'emploi [1]

[1] L'assurance demeure en vigueur lors d'une invalidité ou de vacances prises pendant un voyage d'affaires.

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (DMA) (suite)

DMA pendant un voyage d'affaires (long séjour)		
Montant d'assurance	Décès accidentel en service :	125 000 $
	Décès accidentel en vacances ou en congé contractuel rémunéré :	60 000 $
	Décès accidentel en vacances ou en congé personnel non rémunéré :	Aucun
Personnes admissibles	Adhérent seulement	
Protection	Obligatoire	
Voyages protégés	Voyage d'affaires de 2 mois et plus effectué à la demande de l'employeur	
Plafond global d'indemnisation	7 500 000 $ pour l'ensemble des demandes de prestations présentées à l'égard des personnes assurées en vertu du contrat, à la suite d'un seul et même accident	
Début de l'assurance	À la date de départ pour le voyage d'affaires	
Fin de l'assurance	Au retour du voyage d'affaires, sans égard à la cessation d'emploi [1]	

[1] L'assurance demeure en vigueur lors d'une invalidité ou de vacances prises pendant un voyage d'affaires.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Afin de tenir compte de certaines caractéristiques de votre assurance collective, des notes peuvent se trouver au « Tableau des garanties ». Ces notes ont préséance sur les autres dispositions du régime pour ce qui est de toute divergence.

Accident

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

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une catégorie de personnes admissibles. Un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada et y a effectivement son lieu de travail habituel, le cas échéant.

Administrateur du régime

Personne désignée par le preneur comme responsable de l'administration du présent régime.

Conjoint

Se dit d'une personne qui réside au Canada et :

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;

  ou

- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;

  ou

- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

Conjoint survivant

Aux fins du Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD) pour le versement de la demi-rente au conjoint survivant, la définition de « conjoint survivant » est celle applicable par le Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ).

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé * ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

* Aux fins de la définition de Récidive d'invalidité totale, un employé qui est en période de congé, à l'exception d'un congé férié, n'est pas considéré comme étant effectivement au travail.

Employé

Se dit de toute personne au service de l'employeur à titre d'employé permanent, inscrite sur la liste de paie de l'employeur et faisant partie de la catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents mentionnée au « Tableau des garanties ».

Employeur

Hydro-Québec et toute filiale qu'Hydro-Québec désigne comme tel.

Enfant à charge

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et :

- être âgé de moins de 21 ans;

  ou

- quel que soit son âge, étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;

  ou

- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; l'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada.

Hospitalisation

Admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

Invalidité totale ou totalement invalide

État d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident hors travail, qui exige des soins médicaux continus et qui vous empêche d'exercer tout travail rémunérateur à Hydro-Québec pour lequel vous êtes raisonnablement apte en raison de votre éducation, de votre entraînement et de votre expérience.

Jour ouvrable

Sauf si autrement spécifié, jour consacré normalement au travail selon l'horaire de travail prévu par l'employeur.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, tels que constatés par un médecin. Aux fins du contrat, le terme sert aussi à désigner les complications de grossesses, ainsi que les dons d'organes et leurs complications.

Médecin

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique.

Période de prime

Période à l'égard de laquelle une prime est payable, conformément à l'entente entre SSQ et le preneur.

Période d'invalidité totale

Période d'invalidité continue, y compris les récidives d'invalidité totale telles que définies dans la présente section, au cours de laquelle vous êtes totalement invalide et dont la durée ne peut être plus courte que la durée des délais de carence prévus au « Tableau des garanties ».

Personne assurée

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

Preneur

Hydro-Québec

Récidive d'invalidité totale

Périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes et séparées par moins d'un mois complet au cours duquel vous avez été effectivement au travail ou avez été apte à y être.

Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Retraite facultative

Votre rente de retraite payable par le Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) sans aucune réduction conformément aux dispositions de l'article 5.2 du Règlement 749 concernant le RRHQ ou de tout autre règlement le remplaçant.

Salaire

Votre salaire de base (calculé au début de la période d'invalidité totale aux fins des prestations d'invalidité), à l'exclusion de toute autre rétribution additionnelle non gagnée sur une base régulière telle que bonis, rémunération pour les heures supplémentaires et allocations de tous genres.

Pour les employés saisonniers admissibles, le salaire de base tel que décrit ci-dessus multiplié par 34 semaines et divisé par 12 mois.

Salaire net

Votre salaire, réduit des impôts fédéral et provincial et des cotisations annuelles à l'assurance emploi, au régime gouvernemental québécois d'assurance parentale et au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Règles de participation

1. Obligation de participer

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation obligatoire. Toutefois, un droit d'exemption de participation s'applique aux garanties de l'assurance santé, sous réserve des conditions stipulées à l'article 6. Droit d'exemption de la présente section.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui est effectivement au travail et répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Les décès et les invalidités totales résultant d'invalidités ayant débuté pendant que la personne était assurée à leur égard à titre d'adhérent en vertu d'un contrat antérieur d'assurance collective ne sont pas pris en charge par les contrats collectifs subséquents, sauf dans les cas prévus par les normes canadiennes, ou par la loi le cas échéant. Le présent paragraphe ne s'applique cependant pas aux employés permanents qui sont devenus invalides en vertu du Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD), y compris la période de délai de carence du RASILD, avant la date d'entrée en vigueur du contrat, tel que convenu entre le preneur et SSQ.

Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion électronique doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à SSQ à l'intérieur des délais prévus, les modalités d'adhésion décrites à l'article 4. ci-dessous s'appliquent.

Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'application de l'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

L'adhérent doit aviser SSQ de l'ajout de toute nouvelle personne devant être assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge et de toute personne qui doit cesser de l'être.

Les demandes d'adhésion et de modification des personnes à charge se font par le biais du site Espace client au **ssq.ca/hydro-quebec**.

4. Modalités d'adhésion

Assurance vie collective de base (AVCB)

Au moment de votre adhésion, vous devez choisir l'option que vous souhaitez détenir à l'égard de votre AVCB. Si vous ne faites aucun choix au moment de votre adhésion initiale, l'Option C vous sera automatiquement attribuée.

Assurance vie collective complémentaire (AVCC et AVCP) - Adhésion facultative

Au moment de votre adhésion, vous pouvez choisir l'option que vous souhaitez détenir à l'égard de votre AVCC.

Vous pouvez également souscrire l'assurance vie collective complémentaire pour votre conjoint et vos enfants à charge admissibles (AVCP) si vous êtes vous-même admissible à l'AVCC et si vous choisissez l'Option A (25 000 $) de l'AVCB.

Dans tous les cas, des preuves d'assurabilité peuvent être requises, conformément à l'article 5. Preuves d'assurabilité de la présente section.

Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD)

Au moment de votre adhésion, vous êtes automatiquement couvert en vertu du RASILD.

Assurance santé (soins médicaux et soins dentaires)

Au moment de votre adhésion, vous devez choisir le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) que vous souhaitez détenir à l'égard de vos garanties d'assurance santé. Vous pouvez choisir un statut de protection différent pour les soins médicaux et les soins dentaires de l'assurance santé.

Si vous ne faites aucun choix au moment de votre adhésion initiale, le statut de protection individuel vous sera automatiquement attribué pour l'ensemble des garanties de l'assurance santé. Vos personnes à charge pourront par la suite être admissibles à ces garanties si vous en faites la demande. Dans ce cas, SSQ limitera le remboursement des frais admissibles en vertu des soins dentaires selon ce qui est prévu à l'article 4. Exclusions, limitations et restrictions générales des soins dentaires.

5. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

a) Tout montant d'assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC) et du conjoint (AVCP) qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité indiqué au « Tableau des garanties »;

b) Tout montant d'assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC) et du conjoint (AVCP) qui n'est pas souscrit à la suite d'un changement de situation familiale;

c) Tout montant d'assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC) qui n'est pas souscrit dans les délais suivants :

- dans les 30 jours suivant votre entrée en service pour l'employeur;
- dans les 30 jours suivant un changement de situation familiale admissible (mariage ou union civile, divorce ou dissolution d'une union civile, naissance ou adoption d'un enfant à charge, invalidité d'une personne à charge); ou
- durant l'année civile de votre 30e anniversaire de naissance (au plus tard le 31 décembre);

d) Tout montant d'assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP) qui n'est pas souscrit dans les délais suivants :

- dans les 30 jours suivant votre entrée en service pour l'employeur; ou
- dans les 30 jours suivant un changement de situation familiale admissible (mariage ou union civile, divorce ou dissolution d'une union civile, naissance ou adoption d'un enfant à charge, invalidité d'une personne à charge).

6. Droit d'exemption

Si vous êtes assuré par des garanties équivalentes d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation pour les soins médicaux ou les soins dentaires de l'assurance santé, ou les deux. Le droit d'exemption s'applique alors à compter du 1er janvier suivant la demande pour les soins médicaux ou en tout temps pour les soins dentaires.

Vous devez aviser SSQ dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Si SSQ reçoit l'avis au plus tard dans les 30 jours qui suivent la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance du présent régime entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date. Si l'avis parvient chez SSQ plus de 30 jours après la date de l'événement, l'assurance en vertu du présent régime entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit l'avis.

Si vous n'avisez pas SSQ dans les 30 jours suivant la fin de votre droit d'exemption à l'égard des soins dentaires de l'assurance santé, le statut de protection individuel vous sera automatiquement attribué. Dans ce cas, vos personnes à charge pourront par la suite être admissibles aux garanties de l'assurance santé si vous en faites la demande et SSQ limitera alors le remboursement des frais admissibles en vertu des soins dentaires selon ce qui est prévu à l'article 4. Exclusions, limitations et restrictions générales des soins dentaires.

7. Personne assurée de 65 ans ou plus qui réside au Québec

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser SSQ de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de personne à charge d'une personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance santé du présent régime.

Périodes d'application de l'assurance

1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 0 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Sinon, les protections par défaut vous seront automatiquement accordées, tel qu'indiqué à l'article 4. Modalités d'adhésion de la section Règles de participation; toutefois les garanties pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si SSQ reçoit la demande d'adhésion à l'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur assurance entre en vigueur à la date à laquelle ils y deviennent admissibles.

Sinon, elle entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande; toutefois les garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Toute garantie en vertu de laquelle vos enfants à charge sont assurés s'applique à tout nouvel enfant à charge 24 heures après sa naissance pour ce qui est des garanties d'assurance vie.

L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Modification des options et des modules choisis

Assurance vie collective de base (AVCB) et assurance vie collective complémentaire (AVCC/AVCP)

- Option A : vous ne pouvez pas changer d'option; toutefois, vous pouvez passer à l'Option B ou à l'Option C en tout temps jusqu'au 31 décembre de l'année de votre 30e anniversaire de naissance.
- Option B : vous pouvez passer à l'Option A en tout temps, ou à l'Option C en tout temps jusqu'au 31 décembre de l'année de votre 30e anniversaire de naissance.
- Option C : vous pouvez passer à l'Option B ou à l'Option A en tout temps.

3.2 Modification des montants d'assurance

Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC) et du conjoint (AVCP)

Vous pouvez augmenter votre montant d'assurance de l'AVCC ainsi que le montant d'assurance de l'AVCP pour votre conjoint en tout temps. Toute augmentation de votre montant d'assurance de l'AVCC ou du montant d'assurance de l'AVCP pour votre conjoint entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande ou, si des preuves d'assurabilité sont requises conformément aux dispositions prévues à l'article 5. Preuves d'assurabilité de la section Règles de participation, à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

Vous pouvez diminuer votre montant d'assurance de l'AVCC ainsi que le montant d'assurance de l'AVCP pour votre conjoint en tout temps. La diminution du montant entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande. Si vous diminuez un montant d'assurance de l'AVCC ou de l'AVCP à tout moment pendant votre retraite, ce choix est alors irrévocable et vous ne pouvez plus par la suite souscrire les assurances vie collectives.

Assurance non modifiable

Pendant une période où un adhérent est totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

3.3 Modification du statut de protection par suite d'un changement de situation familiale

Vous pouvez modifier votre statut de protection (individuel, monoparental ou familial) à l'égard de vos garanties d'assurance santé lors d'un changement de situation familiale.

La modification du statut de protection par suite d'un changement de situation familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 30 jours qui suivent le changement en question.

Si la demande parvient à SSQ plus de 30 jours après la date de l'événement justifiant la modification du statut de protection, celle-ci entre en vigueur à la date de réception de la demande.

Vous pouvez choisir un nouveau statut de protection différent pour les soins médicaux et les soins dentaires de l'assurance santé.

Un changement de situation familiale admissible se définit comme suit :

- Mariage, union civile ou nouveau conjoint de fait
- Divorce, dissolution d'une union civile ou séparation
- Naissance ou adoption d'un enfant
- Impossibilité pour le conjoint de maintenir sa protection en vertu d'un autre régime
- Décès ou fin de l'admissibilité d'une personne à charge

Pour tout autre changement de situation, l'augmentation de votre assurance entre en vigueur le 1er janvier suivant la réception de la demande.

3.4 Augmentation et diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle

Si vous êtes effectivement au travail ou si vous êtes en période d'interruption temporaire de travail et avez maintenu votre participation à l'assurance, toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation professionnelle entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 30 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 30 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ approuve ces preuves, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 30 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez SSQ plus de 30 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

4. Interruption temporaire de travail

Participation à l'assurance pendant une interruption temporaire de travail

Après entente du preneur avec SSQ, la participation à l'assurance peut être maintenue dans certains cas d'interruption temporaire de travail, conformément à ce qui est indiqué ci-après. Sous réserve des dispositions de la loi concernant les durées minimales de maintien ou d'offre de maintien de participation à l'assurance, la possibilité de maintenir la participation à l'assurance et la durée de ce maintien sont déterminées par le preneur, compte tenu aussi des règles décrites ci-après.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période de mise à pied temporaire

Pour l'ensemble des garanties, la participation à l'assurance ne peut être maintenue.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire

La participation à l'assurance est maintenue selon les modalités de l'entente avec l'employeur.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant un congé de maternité ou de paternité ou un congé parental

La participation à l'assurance est maintenue selon les modalités de l'entente avec l'employeur.

Durées minimales de maintien de participation

Pour certaines interruptions de travail, la loi impose au preneur d'offrir des durées minimales de maintien de participation à l'assurance. Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail doit s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation et pendant combien de temps.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période d'interruption de travail

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période d'interruption temporaire de travail au cours de laquelle vous avez continué de participer à l'assurance :

- l'invalidité totale ne pourra être considérée que si elle persiste jusqu'à la date à laquelle, tel que confirmé à SSQ par l'administrateur du régime, vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide;
- le délai de carence débute à la date à laquelle vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide;
- le salaire utilisé pour le calcul des prestations est celui que vous auriez normalement reçu de l'employeur au début de votre période d'invalidité totale.

Interprétation

Malgré ce qui est prévu au présent article, le maintien de la participation à l'assurance ne peut en aucun cas avoir préséance sur les dates de fin d'assurance prévues ailleurs au contrat. De plus, SSQ a le droit d'invoquer en tout temps ce qui suit :

a) le caractère obligatoire de la participation à l'assurance de certaines garanties;

b) pour toute personne qui a le choix de maintenir ou non sa participation à une garantie facultative et qui ne le fait pas, l'obligation de fournir de nouvelles preuves d'assurabilité pour redevenir assurée en vertu de cette garantie et la possibilité qu'elles soient refusées.

5. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge sont alors assurés et qu'ils bénéficient d'une rente de conjoint ou d'une rente à l'enfant (portion de rente) du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ), leur participation à l'assurance santé peut être maintenue, sous réserve du paiement des primes requises. Le conjoint ou l'enfant à charge survivant peut faire transférer l'assurance vers la protection prévue en vertu de l'assurance santé des retraités et ce, à son nom, en choisissant un statut de protection individuel ou monoparental, dans les 60 jours suivant la date du décès. La décision de ne pas transférer l'assurance est irrévocable et aucune nouvelle personne ne peut s'ajouter.

Si l'adhérent décédé était à l'emploi au moment du décès et assuré en vertu d'un des régimes prévus pour les employés actifs, le transfert s'effectue vers l'un des modules des protections modulaires prévues pour les retraités. Le conjoint et les enfants à charge doivent être assurés, le cas échéant, en vertu du même module et le changement de module sera possible le 1er janvier de chaque année, à condition d'avoir conservé le module initialement choisi pendant au moins 3 ans.

Si l'adhérent décédé était assuré en vertu du régime Ancienne protection prévu pour les retraités, le transfert s'effectue vers ce régime.

Si l'adhérent décédé était assuré en vertu de l'un ou l'autre des modules des protections modulaires prévues pour les retraités, le transfert s'effectue vers le même module en vigueur au moment du décès. Le changement de module sera possible le 1er janvier de chaque année, à condition d'avoir conservé le module initialement choisi pendant au moins 3 ans. La participation minimale de 3 ans comprend la participation à ce module avant le décès.

Certaines dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec peuvent permettre aux conjoints et aux enfants survivants d'avoir accès à la protection d'assurance-médicaments offerte par le Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ aux résidents du Québec. Le cas échéant, la protection médicaments prévue par le contrat pour le conjoint et les enfants survivants, bénéficiant du transfert du régime après le décès de la personne adhérente, sera intégrée avec les remboursements payables par la RAMQ.

Pour toute garantie comportant un droit de transformation, ce droit s'applique à la fin de l'assurance ainsi prolongée, aux conditions alors applicables.

Particularités applicables à la garantie Soins dentaires de l'assurance santé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge sont alors assurés, leur participation à l'assurance est maintenue sans paiement de primes à l'égard de la garantie Soins dentaires de l'assurance santé, jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin d'une période de 3 mois suivant immédiatement votre décès;
- la date à laquelle leur participation à l'assurance aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé;
- la date à laquelle ils deviennent admissibles à un autre contrat comportant une garantie similaire;
- la date de la fin du contrat.

Pour toute garantie comportant un droit de transformation, ce droit s'applique à la fin de l'assurance ainsi prolongée, aux conditions alors applicables.

6. Fin de l'assurance

Pour vous-même

Votre assurance prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;

b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;

c) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;

d) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;

e) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;

f) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de la section intitulée « Maintien de la participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES;

b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

Paiement des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

3. Délai de prescription

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances applicable, ou, au Québec, dans le délai prévu par le Code civil du Québec.

4. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements qu'elle juge suffisants pour lui permettre d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

6. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

7. Désignations et révocations de bénéficiaires

Pour les adhérents assurés par le régime d'assurance collective du preneur au moment du changement d'assureur, les désignations de bénéficiaires qui se sont appliquées à une police d'assurance collective détenue antérieurement par le preneur auprès d'un autre assureur sont transférées aux fins de l'administration du contrat et demeurent valides jusqu'à ce qu'une nouvelle désignation valide soit faite, le cas échéant.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui ne fait pas partie du Régime de soins de santé n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent toutefois à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garant d'une récidive de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie, et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

Sous réserve des conditions énumérées ci-dessous, votre participation à l'assurance des garanties énumérées ci-après sera maintenue sans paiement de primes, et ce à compter de la date de début d'exonération prévue au présent régime.

- Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC)
- Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)
- Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP)
- Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD)
- Assurance santé - soins dentaires seulement

Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :

a) votre invalidité totale doit débuter pendant que vous êtes assuré par le contrat, à l'exception des employés permanents devenus invalides en vertu du RASILD, y compris la période de délai de carence du RASILD, avant la date d'entrée en vigueur du contrat, tel que convenu entre le preneur et SSQ;

b) votre invalidité totale doit débuter avant votre 65e anniversaire pour les garanties AVCC et AVCP;

c) vous devez être sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale permanent attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;

d) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide.

2. Début d'exonération des primes

Pour les garanties d'assurance vie énumérées à l'article 1 et l'assurance santé - soins dentaires :

Le premier jour d'une période de prime suivant les 180 premiers jours d'une même période d'invalidité totale.

Pour le Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD) :

Le premier jour de la période de prime suivant le délai de carence du RASILD.

3. Fin de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date de Fin de l'assurance indiquée au Tableau des garanties pour chacune des garanties;
- la date de cessation de la police, sauf pour le Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD);

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état permanent attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- la date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite.

4. Demande d'exonération des primes

En l'absence de demande de prestations d'assurance salaire, toute demande d'exonération des primes doit se faire par écrit transmis à SSQ. Autrement, le formulaire de demande de prestations d'assurance salaire sert de demande d'exonération des primes. Dans un cas comme dans l'autre, SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent dans tous les cas être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'exonération des primes. Si ce délai n'est pas respecté, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter la demande et les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d'exonération.

À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l'interruption de l'exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire votre demande d'exonération ou de révision à l'intérieur du délai prévu, votre droit à l'exonération ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande d'exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d'interruption d'exonération, aucune période d'exonération ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou d'interruption.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE (AVCB)

Assurance vie collective de base de l'adhérent

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Prestation en cas d'invalidité totale et permanente

a) Si SSQ reçoit une preuve satisfaisante que vous êtes devenu, avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans et pendant que la présente assurance est intégralement en vigueur, complètement et en permanence invalide à la suite de blessures corporelles ou de maladie, et que vous avez été, êtes et serez en permanence, d'une façon continue, totalement incapable de ce fait d'accomplir un travail lucratif quelconque ou de poursuivre une occupation rémunératrice quelconque, SSQ, sur réception d'une telle preuve, verse, en règlement complet de toutes les obligations qu'elle a contractées en vertu de la police à votre égard, le montant d'assurance alors en vigueur sur votre vie au moment du début de l'invalidité, en une remise unique.

Aucun paiement n'est fait en vertu de ces dispositions, à moins qu'une demande de prestations ne soit soumise, conformément aux dispositions de l'article 7. Demandes de prestations de la présente section.

Un adhérent au sujet duquel SSQ aurait effectué tout versement en vertu des dispositions du présent article n'est plus, même s'il retourne au service de l'employeur, admissible en vertu de cette garantie.

Sans préjudice des autres clauses d'invalidité, la perte entière et irrémédiable de la vue des deux yeux, ou la perte totale et permanente de l'usage des deux mains ou des deux pieds, ou d'une main et d'un pied, sont considérées comme étant des cas d'invalidité totale et permanente conformément au sens donné à cette expression dans le présent article.

b) Nonobstant ce qui précède, si vous êtes atteint d'invalidité totale et permanente avant votre 60e anniversaire et que vous êtes couvert par le Régime d'assurance salaire en cas d'invalidité de longue durée (RASILD), vous avez droit à des prestations en vertu de ce régime ou du présent article. Tant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée en vertu du RASILD, vous ne pouvez pas toucher celles prévues par le présent article; dans ce dernier cas, votre assurance en vertu de l'AVCB est maintenue en vigueur, sous réserve du paiement des primes, et le montant d'assurance est payable à votre décès comme il est prévu à la police.

5. Paiement anticipé

Si votre espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance, sous réserve d'un minimum de 5 000 $, peut vous être versée. Votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;

b) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;

c) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable à votre décès est alors réduit du montant du paiement anticipé.

6. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 60 jours après votre départ du groupe.

Vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée;

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si vous décédez au cours de la période de 60 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 90 jours de votre départ du groupe et l'assurance individuelle ne prend pas effet avant la réception de cette première prime.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès ou de l'invalidité totale et permanente devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès ou du début de l'invalidité totale et permanente. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès ou du début de l'invalidité totale et permanente et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

En cas d'invalidité totale et permanente, SSQ se réserve le droit de faire examiner, à ses frais, l'adhérent totalement invalide, par le médecin qu'elle désigne.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie collective de base du conjoint

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant de cette assurance si votre conjoint décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 60 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée;

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 60 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 90 jours de votre départ du groupe et l'assurance individuelle ne prend pas effet avant la réception de cette première prime.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie collective de base des enfants à charge

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si l'un de vos enfants à charge décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE COMPLÉMENTAIRE

Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC)

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payable.

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide lorsqu'elle est couverte depuis moins de 12 mois par la présente garantie, sans égard à son état d'esprit, lorsque l'adhérent choisit un montant d'assurance de 4 ou 5 fois son salaire.

La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance à compter de la date d'entrée en vigueur de l'augmentation.

5. Paiement anticipé

Si votre espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance peut vous être versée. De plus, le montant du paiement anticipé ne peut être inférieur à 5 000 $ ou excéder 100 000 $. Votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;

b) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;

c) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

6. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 60 jours après votre départ du groupe.

Vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée;

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si vous décédez au cours de la période de 60 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 90 jours de votre départ du groupe et l'assurance individuelle ne prend pas effet avant la réception de cette première prime.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant de cette assurance si votre conjoint décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payable.

4. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 60 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée;

b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 60 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 90 jours de votre départ du groupe et l'assurance individuelle ne prend pas effet avant la réception de cette première prime.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP)

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si l'un de vos enfants à charge décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance vie additionnelle de vos enfants à charge est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payable.

4. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès devraient être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois suivant la date du décès et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (RASILD)

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Maximum des gains admissibles (MGA)

Maximum des gains admissibles défini par le Régime de rentes du Québec (RRQ) à la date de début de la période d'invalidité totale.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne lui permet de répondre à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations ou une rente mensuelle pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

Si vous décédez pendant que vous recevez une rente d'invalidité, sous réserve des dispositions contractuelles, SSQ verse la moitié de ladite rente (demi-rente) à votre conjoint survivant, le cas échéant.

3. Prestations d'invalidité, rente d'invalidité et demi-rente au conjoint survivant

3.1 Durée

La durée de paiement des prestations de la présente garantie est déterminée selon les indications du « Tableau des garanties ».

La rente d'invalidité qui vous est versée est payable jusqu'au dernier jour du mois qui suit votre décès. Au premier jour du mois qui suit votre décès, une demi-rente viagère est payable à votre conjoint survivant, le cas échéant.

L'assureur s'engage à vous verser la prestation mensuelle prévue par la présente garantie pour chaque mois ou partie de mois durant lequel persiste l'invalidité totale. Chaque partie de mois est ajustée selon le nombre de jours dans le mois en question (par exemple; 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque jour d'un mois de 30 jours, 1/31 de la prestation mensuelle pour chaque jour d'un mois de 31 jours, etc.).

Les prestations d'invalidité, la rente d'invalidité et la demi-rente au conjoint survivant payables en vertu de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Montant des prestations d'invalidité, de la rente d'invalidité et de la demi-rente au conjoint survivant

a) Prestations d'invalidité

Le montant des prestations est calculé selon le salaire que vous touchiez au début de votre période d'invalidité totale de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la catégorie d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez. À cet égard, tout calcul de salaire net se fait selon le statut fiscal du début de l'invalidité totale et à l'aide de tables normalisées utilisées par SSQ.

b) Rente d'invalidité

À compter du premier jour où l'employé a droit à une retraite facultative du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) avec au moins 30 années de participation au RRHQ, y compris la période de non-participation au RRHQ pouvant être rachetée à la suite de la période d'invalidité totale (que l'employé rachète ou ne rachète pas cette participation au RRHQ) ou le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employé atteint l'âge de 65 ans, selon le premier événement :

Le montant de la rente est égal à 1,55 % de votre salaire au début de la période d'invalidité totale, jusqu'à concurrence du maximum des gains admissibles (MGA), et à 2,25 % de la tranche du salaire excédant le MGA, multiplié par le nombre d'années comprises entre la fin de délai de carence indiqué au « Tableau des garanties » et la date du jour précédant la date du début du versement de la rente d'invalidité.

Cependant, la rente initiale calculée payable sera indexée avant son versement selon les facteurs d'indexation annuels passés du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) compris entre la fin du délai de carence indiqué au « Tableau des garanties » et la date du début du versement de la rente d'invalidité.

Toutefois, les périodes pour lesquelles vous avez pu maintenir ou avez racheté votre participation au RRHQ depuis la fin du délai de carence indiqué au « Tableau des garanties » sont retranchées aux périodes pertinentes mentionnées ci-dessus.

À votre décès, la rente résiduelle du mois est payable à votre succession.

c) Demi-rente au conjoint survivant

À compter du premier jour du mois qui suit la date du décès du rentier :

La moitié de la rente d'invalidité qui vous est payable au moment de votre décès est transférée à votre conjoint survivant.

Au décès du conjoint survivant bénéficiant de la demi-rente, la rente résiduelle du mois est payable à la succession de votre conjoint survivant.

3.3 Réductions en présence d'autres sources de revenu (Réduction directe)

Le montant de prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

L'employeur	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du régime de retraite de l'employeur	100 % avant impôt
Une rente de retraite du régime de retraite de l'employeur (*)	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris le Montant additionnel pour invalidité	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt
Une somme provenant du régime d'assurance collective d'un autre employeur auquel vous pouvez avoir été prêté	100 % avant impôt
Une prestation de retour progressif au travail	50 % avant impôt
Toute rente d'invalidité payable en vertu de toute autre loi sociale	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur, le cas échéant.

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour personnes à charge ni de l'indexation des sources de revenus.

(*) Désigne toute prestation ou rente initiale payable en vertu du RRHQ, sans égard au choix de formes optionnelles de rente incluant une rente temporaire, à l'employé en cas de fin d'emploi, y compris la rente qui peut être évaluée à partir d'une valeur de rente.

3.4 Coordination (Réduction indirecte)

Le total des sommes qui vous sont payables pour un mois donné par les sources mentionnées ci-après ne peut en aucun temps excéder 100 % du salaire brut payable au début de votre invalidité totale. À cette fin, les prestations sont réduites de cet excédent. Les revenus qui entrent dans ce calcul sont les suivants :

La présente garantie	
Une prestation de retour progressif au travail	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

L'indexation des sources de revenus n'entre pas dans le calcul des prestations.

3.5 Indexation

a) Prestations d'invalidité

Vos prestations mensuelles sont indexées le 1er janvier de chaque année. De plus, la première de ces indexations est effectuée le 1er janvier qui suit 2 années d'invalidité totale.

Le taux annuel d'indexation des prestations correspond à l'indice d'indexation du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ).

b) Rente d'invalidité

Votre rente d'invalidité est indexée le 1er janvier de chaque année selon le taux annuel d'indexation prévu au paragraphe a) ci-dessus, à l'exception d'une rente dont le paiement a commencé en cours d'année. Le cas échéant, la rente est alors révisée au 1er janvier selon le prorata du nombre de mois écoulés.

c) Demi-rente au conjoint survivant

La demi-rente au conjoint survivant est indexée le 1er janvier de chaque année selon le taux annuel d'indexation prévu au paragraphe a) ci-dessus.

4. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations mensuelles ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

a) vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état permanent attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;

b) vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail approuvé à l'avance par SSQ;

c) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ ou vous ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;

d) vous êtes en congé de maternité ou en congé parental ou familial en vertu d'une loi provinciale ou fédérale.

Cette garantie ne couvre pas :

a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;

b) les invalidités pour lesquelles des indemnités de remplacement de revenu sont payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles;

c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

   i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;

   ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;

   iii) une guerre, déclarée ou non;

   iv) votre service actif dans des forces armées;

   v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sans égard à votre état d'esprit.

Aucune prestation mensuelle ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations hebdomadaires en vertu d'un des régimes de sécurité de salaire du preneur.

Le versement des paiements de la rente d'invalidité cesse à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous n'êtes plus sous les soins continus d'un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;

b) la date à laquelle vous omettez de soumettre les preuves de survie demandées par SSQ;

c) le dernier jour du mois au cours duquel survient votre décès.

Le versement des paiements de la demi-rente au conjoint survivant cesse à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle le conjoint survivant omet de soumettre les preuves de survie demandées par SSQ;

b) le dernier jour du mois au cours duquel survient le décès du conjoint survivant.

5. Gestion de l'invalidité

Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail mensuel.

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé par SSQ et de mettre en application les mesures qui vous y sont recommandées, et ce pour une période maximale de 24 mois.

Vos prestations sont réduites de 50 % de la partie de votre rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail qui, combinée aux revenus entrant dans le calcul de la réduction indirecte, excède 100 % du salaire mensuel brut payable au début de votre invalidité totale.

Les absences pendant un retour progressif au travail sont comptabilisées par demi-journée ou par journée complète de travail.

6. Prestation en cas d'invalidité totale et permanente

Si vous êtes atteint d'invalidité totale et permanente avant votre 60e anniversaire et que vous êtes couvert par l'assurance vie collective de base (AVCB) et par le présent régime, vous avez droit à des prestations en vertu de l'AVCB ou du présent régime, conformément aux dispositions prévues à l'article 4. Prestation en cas d'invalidité totale et permanente de la section AVCB. Si vous choisissez de recevoir la prestation en cas d'invalidité totale et permanente en vertu de l'article 4. de la section AVCB, le présent régime prend alors fin.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations doit être présentée à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence et les preuves de l'invalidité totale doivent lui être présentées dans les 180 jours suivant la fin du délai de carence; les demandes de prestations lors d'une récidive d'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la récidive et les preuves s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 180 jours suivant la date de la récidive. Toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit être fournie à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

ASSURANCE SANTÉ

Soins médicaux

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Pour l'assurance santé, frais de soins de santé pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré, comme c'est parfois le cas pour les achats de médicaments.

Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en totalité ou en partie la franchise de l'année en question pour la présente garantie servent aussi à couvrir d'autant la franchise de l'année civile suivante pour cette même garantie.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance santé sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Médicaments
- Hospitalisation
- Établissements pour soins spécialisés
- Professionnels de la santé
- Autres frais médicaux

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé en fonction de l'état de santé de la personne assurée, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Dans le cas d'articles, de soins ou de services rendus par un professionnel de la santé, les conditions suivantes doivent aussi s'appliquer pour que les frais soient admissibles :

- le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre;
- le professionnel de la santé doit, en l'absence d'un tel ordre, être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ;
- les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et celui-ci doit respecter toutes les normes de conduite prévues par son association, par son code de déontologie ou par tout document émis par son association.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance santé ne prévoit aucun remboursement :

a) pour des frais engagés par suite
   - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée, sauf dans les cas où la seule infraction est une inculpation relative à la conduite d'un véhicule motorisé par un conducteur avec facultés affaiblies;
   - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
   - d'une guerre, déclarée ou non;
   - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
   - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;

b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;

c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;

d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;

e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite, et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;

f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;

g) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;

h) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;

i) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;

j) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;

k) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;

l) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;

m) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;

n) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;

o) pour des prothèses implantées chirurgicalement;

p) pour des frais de livraison ou de poste.

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance santé. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance santé, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

6. Droit de transformation

Si l'assurance d'une personne en vertu de la présente garantie prend fin parce que celle-ci cesse d'y être admissible, cette personne peut obtenir une assurance maladie pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande par écrit à SSQ dans les 60 jours suivant la date de la fin de son assurance collective. Dans les autres cas, l'assurance maladie pour particuliers peut s'obtenir seulement sur présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ.

7. Demandes de prestations

Sauf dans les cas d'utilisation de la carte SSQ pour les frais de médicaments en pharmacie ou pour les soins à l'hôpital, les demande de prestations peuvent être effectuées en ligne dans l'Espace client au **ssq.ca/hydro-quebec** ou par le biais de l'application mobile SSQ Assurance. Sinon, vous pouvez également effectuer vos demandes à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible dans l'Espace client ou auprès du service à la clientèle de SSQ. Vous devez alors remplir le formulaire et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

Pour frais de médicaments

Sur présentation de votre carte de paiement direct à votre pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part de vos frais de médicaments qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il vous suffit de débourser la part des frais qui n'est pas à la charge de SSQ.

Pour soins à l'hôpital

Il suffit de présenter votre carte SSQ à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

Pour frais de médicaments sans utilisation de la carte SSQ, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé ou autres frais médicaux

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;

b) les dates auxquelles les services ont été rendus;

c) le coût des services;

d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

8. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Médicaments (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

Médicaments prescrits

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

a) ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;

b) ils sont prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;

c) ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

Produits pour les personnes diabétiques

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ.

Médicaments d'exception

Les médicaments dits « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de SSQ. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales;
- elle est conforme aux critères d'utilisation proposés par les autorités médicales ou gouvernementales compétentes reconnues dans le secteur de la santé;
- elle est conforme aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris quant au rapport entre coût et efficacité.

Préparations magistrales

Les frais engagés pour l'achat d'une préparation pharmaceutique, dite aussi « préparation magistrale », à condition que la préparation soit admissible en vertu de la politique de SSQ à l'égard des médicaments extemporanés de produits composés.

Larmes artificielles

Les larmes artificielles en vente libre. Une ordonnance médicale est requise.

Suppléments alimentaires

Les suppléments alimentaires de toute nature, à condition d'être administrés en solution intraveineuse ou par gavage dans les cas de problèmes d'absorption ou de résorption intestinale clairement diagnostiqués et sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Traitements de viscosuppléance

Les traitements de viscosuppléance, à condition qu'ils aient un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral et qu'ils soient achetés en pharmacie. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin pour l'injection ne sont pas couverts.

Médicaments pour le traitement de l'infertilité

Les médicaments pour le traitement de l'infertilité, à condition qu'ils aient un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral et qu'ils soient prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle

- Les médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle, pourvu qu'il s'agisse de médicaments administrés uniquement par voie orale.
- Les médicaments pour injection intracaverneuse ou en suppositoires urétraux servant à traiter la dysfonction érectile.

Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de SSQ et ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des critères déterminés par SSQ.

Produits antitabac

Les produits antitabac.

Injections sclérosantes

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

Traitement de l'obésité

Les frais engagés pour l'achat de médicaments pour le traitement de l'obésité qui ne peuvent être obtenus que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire. Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de SSQ et ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des critères déterminés par SSQ.

Vitamines et multivitamines

Les vitamines ou multivitamines disponibles en pharmacie sans prescription médicale. Le remboursement est effectué si ces vitamines ou multivitamines sont requises pour le traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée ou pour la survie de la personne assurée, tel que confirmé par l'attestation médicale alors exigée par SSQ.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de l'assurance santé s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments spécifiquement.

Le remboursement des médicaments est limité à un approvisionnement de 100 jours à la fois.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :

a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;

b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;

c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;

d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;

e) les écrans solaires;

f) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;

g) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;

h) les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme d'une contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;

i) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;

j) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé;

k) les vaccins.

En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à la garantie Médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Hospitalisation (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au « Tableau des garanties », de même que la franchise et le pourcentage de remboursement s'y rapportant.

Chambre d'hôpital au Canada

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'hôpital du présent régime d'assurance collective. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins du contrat.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de l'assurance santé s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital spécifiquement.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Établissements pour soins spécialisés (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'hébergement dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée reconnu comme tel par le gouvernement provincial, pour une personne assurée qui est incapable d'accomplir sans aide les cinq activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

Centre de réadaptation

Les frais d'hébergement pour soins de réadaptation identifiés comme tels, lors d'une période nécessaire de soins dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de réadaptation s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins et sa durée recommandée doivent être confirmées par le médecin traitant.

Maison de convalescence

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les premiers jours suivant un séjour à l'hôpital. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

Soins pour maladies chroniques

Les frais d'hébergement, lors d'une période nécessaire de soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins en établissement doit résulter de l'existence d'une maladie chronique dégénérative ou d'une perte d'autonomie empêchant la personne assurée de demeurer dans son milieu de vie naturel malgré le support des gens de son entourage.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de l'assurance santé s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés spécifiquement.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Professionnels de la santé (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des honoraires professionnels, des frais de traitement ou des frais de consultation de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

- Acupuncteur
- Audiologiste
- Chiropraticien

  Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les chiropraticiens.
- Chiropraticien – Radiographies

  Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.
- Diététiste
- Ergothérapeute
- Homéopathe

  Aux fins du contrat, seuls les frais de consultation sont couverts et les frais engagés pour des remèdes homéopathiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation d'homéopathe.
- Kinésithérapeute / Kinothérapeute
- Massothérapeute
- Naturopathe

  Aux fins du contrat, seuls les frais de consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels sont couverts et les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathe.
- Orthophoniste
- Orthothérapeute

- Ostéopathe
- Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique
- Podiatre / Chiropodiste
- Psychiatre
- Psychologue
- Psychothérapeute

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de l'assurance santé s'appliquent.

Autres frais médicaux (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Accessoires pour pompe à insuline

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline.

Ambulance ou transport ambulancier par avion ou par train

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

Analyses de laboratoire

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Appareil de coagulation

L'achat d'appareils de coagulation.

Appareils orthopédiques

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres, bandages herniaires et articles pour grands brûlés.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation. Cette catégorie comprend entre autres le défibrillateur cardiaque, le stimulateur osseux et la pompe intrathécale.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ».

Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Chaussures profondes

Les chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage.

Aux fins de la présente assurance, les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Glucomètre

L'achat d'appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Infirmier

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée, à raison d'un minimum de 8 heures par jour.

Lentilles intraoculaires

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

Lit d'hôpital

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Pompe à insuline

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline.

Prothèse capillaire

L'achat d'une prothèse capillaire par suite de chimiothérapie.

Prothèse externe et membre artificiel

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomodensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soutiens-gorges postopératoires

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Sphygmomanomètre

L'achat d'un sphygmomanomètre.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

Traitement de radiothérapie

Les traitements de radiothérapie.

Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents saines et naturelles.

Aux fins de la présente assurance, une dent « naturelle » signifie une dent qui n'a pas été remplacée. Une dent est dite « saine lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle ayant fait l'objet d'un traitement ou d'une réparation mais qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger sont également couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste, un denturologiste licencié ou un dentiste spécialiste si la personne assurée est référée par son dentiste;
- les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident et la personne doit alors être assurée par la présente garantie;
- les soins doivent être reçus lorsque la personne est assurée par la présente garantie.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés. Lorsque la personne assurée a été référée par son dentiste auprès d'un dentiste spécialiste, les frais admissibles sont les moindres de ceux exigés par le dentiste spécialiste et de ceux mentionnés dans les guides de tarifs prévus pour les dentistes spécialistes.

Seuls les soins nécessaires donnent droit à des prestations. Lorsque plus d'un appareil ou plus d'un soin ou service peuvent être utilisés et donnent un résultat professionnellement acceptable, seul le montant remboursable de l'appareil, du soin ou du service le moins coûteux est payable par SSQ. La personne assurée peut tout de même, à son choix, opter pour le traitement, le soin ou le service le plus coûteux tout en obtenant un remboursement basé sur le traitement, le soin ou le service le moins coûteux. La présente clause ne s'applique toutefois pas aux implants et à tous services liés aux implants.

Exclusion :

Les frais engagés liés à un nouvel implant, à des implants existants ou à des prothèses elles-mêmes liées à des implants ne sont pas couverts en vertu de la protection « Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ».

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de l'assurance santé s'appliquent.

Services de prélèvements et d'analyses en laboratoire (sans frais)

Une entente a été conclue avec Laboratoire Médical Biron pour vous proposer, à vous et aux personnes à charge assurées, un service de prélèvements et d'analyses en laboratoire remboursés à 100 %.

Sur recommandation d'un médecin, vous pouvez prendre rendez-vous auprès de Laboratoire Médical Biron en composant l'un ou l'autre des numéros suivants :

Montréal : 514-866-6146

Ailleurs : 1-800-463-7674

Un préposé vous offrira alors un rendez-vous dans un centre situé près de chez vous. Au moment de la visite, vous ou vos personnes à charge devrez présenter un document qui confirme que vous participez à la protection d'assurance santé d'Hydro-Québec (votre certificat d'assurance de SSQ, par exemple).

Le Laboratoire Médical Biron acheminera directement la demande de règlement auprès de SSQ.

Soins dentaires

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais dentaires admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré.

Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en totalité ou en partie la franchise de l'année en question pour la présente garantie servent aussi à couvrir d'autant la franchise de l'année civile suivante pour cette même garantie.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance soins dentaires sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Diagnostic et prévention
- Soins de restauration
- Services de prosthodontie

La description des soins dentaires couverts par l'assurance est faite à partir de la nomenclature d'actes bucco-dentaires qu'utilise SSQ lors de la plus récente mise à jour de ses textes contractuels. SSQ s'engage à administrer la présente garantie de telle sorte que l'équivalent de cette description continue de s'appliquer en tenant compte de l'évolution des techniques dentaires et des mises à jour de la nomenclature des services, telles que faites par l'association dentaire responsable.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Afin d'établir l'admissibilité de certains traitements, des radiographies appropriées peuvent être exigées et devraient être fournies à SSQ lors de la soumission d'un plan de traitement détaillé.

Dans les cas où les frais engagés peuvent être importants, SSQ recommande aux personnes assurées de soumettre un plan de traitement et des radiographies appropriées avant le début du traitement. Ainsi, elles seront informées à l'avance de l'admissibilité du traitement et de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

Couverture après la date de cessation :

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance pour une personne assurée, le cas échéant, ne sont pas reconnus, même si un plan de traitement avait été soumis à SSQ et que ce dernier en avait accepté le contenu.

Toutefois, lorsque l'empreinte d'une prothèse a été prise avant la date de cessation, les frais s'y rapportant et engagés dans les 30 jours suivant la date de cessation de l'assurance sont reconnus. Sont également reconnus les frais engagés dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance pour la pose de couronnes, de ponts ou d'incrustations lorsque le travail de préparation des dents concernées a été complété avant la date de cessation de l'assurance. Les délais peuvent être prolongés si des motifs exceptionnels le justifient.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Pour toute personne à charge qui devient assurée plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, le remboursement maximal pour les frais dentaires est limité à 150 $ par personne assurée pour les 12 premiers mois d'assurance.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au « Tableau des garanties » par l'association professionnelle de référence suivante :

- pour les services d'un dentiste généraliste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné;

- pour les services d'un dentiste spécialiste, l'association des dentistes spécialistes de la province de pratique du professionnel concerné;
- pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste.

En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste. En ce qui concerne les frais de laboratoire, ils sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 48 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

Dans les cas suivants, la garantie de soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :

a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;

b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;

c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;

d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;

e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;

f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;

g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;

h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;

i) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;

j) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;

k) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;

l) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil; à cet égard, ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu de la clause Appareils d'assistance respiratoire de la garantie Soins médicaux;

m) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;

n) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;

o) pour des photographies diagnostiques.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés, ni les frais qui sont admissibles, compte tenu du guide des tarifs de l'association du professionnel traitant pour l'année de référence indiquée au « Tableau des garanties ». Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être effectuées en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

6. Droit de transformation

Toute personne assurée en vertu de la présente garantie et qui exerce un droit de transformation en vertu d'une garantie d'assurance santé collective de SSQ peut obtenir en même temps la transformation de l'assurance de la présente garantie en une assurance soins dentaires pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. Ce droit de transformation ne s'applique toutefois qu'au moment où s'applique celui de la garantie d'assurance santé. De plus, toutes les conditions liées au droit de transformation de l'assurance santé s'appliquent aussi au présent droit de transformation.

7. Demandes de prestations

Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement devraient être présentées à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Diagnostic et prévention (Soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services de diagnostic et de prévention pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

A) SOINS DE DIAGNOSTIC

Examen buccal clinique

- examen complet, examen prosthodontique ou examen des dysfonctions du système stomatognatique : un examen par période de 2 ans
- examen de rappel ou périodique : selon la fréquence des visites de rappel indiquée au « Tableau des garanties »
- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen d'urgence
- examen d'un aspect particulier
- examen parodontal complet : un examen par période de 2 ans
- examen parodontal de contrôle

Radiographies et films intra-oraux

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale : 1 fois par 2 ans
- pellicule interproximale : selon la fréquence des visites de rappel indiquée au « Tableau des garanties »
- pellicule des tissus mous

Radiographies et films extra-oraux

- pellicule extra-orale, examen des sinus ou pellicule panoramique : 1 fois par 2 ans
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo-mandibulaire

Film céphalométrique

- film céphalométrique : 1 fois par 2 ans
- radiographie de la main et du poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)

Tomographie : 1 fois par 2 ans

Scanographie : 1 fois par 2 ans

Tests et examens de laboratoire

Biopsie de tissu mou

Biopsie de tissu dur

Test cytologique

Consultation

B) SOINS DE PRÉVENTION

Polissage de la partie coronaire des dents : selon la fréquence des visites de rappel indiquée au « Tableau des garanties »

Application topique de fluorure

Analyse du régime alimentaire : 1 fois par 2 ans

Instruction d'hygiène buccale

Programme de contrôle de la plaque dentaire : maximum de 5 visites par année

Finition d'une obturation

Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau

Scellant des puits et fissures

Protecteur buccal : 1 fois par 4 ans

Gouttière pour fluorure

Meulage interproximal

Améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)

Appareil de maintien pour enfants à charge admissibles de moins de 14 ans : 1 fois par 2 ans pour un même appareil

Soins de restauration (Soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Dans la présente section, les codes suivis d'un astérisque (*) sont remboursés à 60 %.

Les soins dentaires de restauration pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

A) SOINS DE RESTAURATION

Carie - trauma et contrôle de la douleur

Traitement non chirurgical de la carie

Restauration (dents primaires)

- antérieures ou postérieures en amalgame conventionnel
- antérieures ou postérieures en amalgame lié par morçandage
- antérieures en composite
- postérieures en composite

Note : Aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devrait excéder, au cours d'une même séance, les honoraires rattachés au code de reconstitution complète de la dent.

La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

Restauration (dents permanentes)

- antérieures et prémolaires en amalgame conventionnel
- molaires en amalgame conventionnel
- antérieures et prémolaires en amalgame lié par morçandage
- molaires en amalgame lié par morçandage
- antérieures en composite (facette fabriquée en laboratoire *)
- prémolaires en composite
- molaires en composite

Note : Aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devrait excéder, au cours d'une même séance, les honoraires rattachés au code de reconstitution complète de la dent.

La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

Tenons par restauration

Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse amovible existante. Par restauration (en sus du code utilisé pour l'obturation)

Incrustations, y compris les temporaires

Note : Les incrustations sont remboursées une seule fois par période de 4 ans.

- en métal *
- en porcelaine, en résine ou en céramique
  sans recouvrement *
  avec recouvrement *
- tenons de rétention dans l'incrustation *

Couronnes complètes préfabriquées

- en acier inoxydable * : une fois par période de 12 mois
- en polycarbonate ou autre matériau similaire * : une fois par période de 12 mois

B) ENDODONTIE

Autres services endodontiques : supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine

Urgence endodontique :

- pulpotomie
- pulpectomie
- ouverture et drainage
- traumatisme endodontique

Traitement endodontique général

- préparation de la dent en vue d'un traitement
- thérapie canalaire

  Note : Une thérapie canalaire comprend :

  - le plan de traitement;
  - les actes cliniques;
  - les radiographies appropriées mais exclut la restauration finale.

  Le tarif pour le traitement de canal est global. S'il ne peut être complété, il y a un tarif correspondant à chaque acte clinique.
- apexification

  Note : Chaque acte clinique est facturé à part

- réparation de perforation
- traitement d'une dent non-vitale

Chirurgie endodontique

- apectomie (acte distinct du traitement de canal)
- apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (rémunération globale pour les deux actes)
- apectomie et retraitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde
- apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
- amputation de racine

  Note : Tout traitement spécifique précédant celui-ci est considéré comme un acte distinct.
- hémisection

  Note : Tout traitement spécifique précédant celui-ci est considéré comme un acte distinct.
- réimplantation intentionnelle

  Note : À savoir :

  - exérèse;
  - préparation et obturation canalaire;
  - reposition;

    (immobilisation non comprise).

Blanchiment

- dent dévitalisée : par dent, par séance

C) PARODONTIE

Urgence parodontale

Services parodontaux, chirurgicaux

Note : Acte limité exclusivement aux dentistes.

Surfaçage radiculaire sous anesthésie locale, excision de tissu gingival en vue d'une restauration (y compris l'hémostase et/ou la rétraction de tissu), gingivoplastie et/ou gingivectomie, traitement non-chirurgical d'une péri-implantite, approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie **:** pour chaque acte, 1 fois par période de 12 mois

Lambeau pédiculé déplacé latéralement, greffe gingivale libre, résection des fibres gingivales (fibrotomie), wedge proximal, chirurgie exploratoire, allongement de la couronne clinique avec approche par lambeau et correction par ostéoplastie et/ou ostéoectomie, greffe de tissu conjonctif libre, greffe gingivale au moyen d'un greffon allogène ou xénogène, prélèvement d'un os autogène provenant d'un site intra-oral distant, regénération du paradonte selon la méthode guidée (y compris ablation de la membrane), greffe d'os allogène et autre matériau

de comblement, séance de contrôle postopératoire pour changer de pansement effectué par un dentiste autre que le dentiste traitant

Traitements parodontaux d'appoint

Services complémentaires

Équilibrage mineur de l'occlusion

Détartrage parodontal, irrigation des poches parodontales : un de ces codes par période de 6 mois

Appareil intra-oral pour contrôler une parafonction, appareil intra-oral pour les désordres temporo-mandibulaires, déprogrammeur (de type appareil NTI) : 1 fois par 4 ans

Équilibrage majeur de l'occlusion, appareil intra-oral pour contrôler une parafonction (réparation, ajustement, entretien ou regarnissage), appareil intra-oral pour les désordres temporo-mandibulaires (réparation, ajustement, entretien ou regarnissage) : une fois par période de 12 mois

D) CHIRURGIE BUCCALE

Ablation de dent ayant fait éruption (sans complication), par quadrant

Ablation chirurgicale (complexe)

Alvéolectomie

Alvéoloplastie

Ostéoplastie

Tubéroplastie (incluant l'ablation de tissu hyperplasique et l'exérèse de tissu osseux)

Ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection)

Ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection)

Reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible : 1 fois par 4 ans

Note : Le coût du matériau utilisé n'est pas inclus.

Préservation de la crête, à la suite à une extraction avec os allogène ou autre matériau de comblement : 1 fois par 4 ans

Extension des replis muqueux avec épithélisation secondaire : 1 fois par 4 ans

Extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique : 1 fois par 4 ans

Ablation de tumeur et de kyste

- ablation de tumeur
- ablation et curetage d'un kyste ou de granulôme intra-osseux

Incision et drainage

Ablation d'un corps étranger

Réduction de fracture

- fracture simple de la mandibule
- fracture simple du maxillaire

Fracture de l'os alvéolaire

Réparation d'une lacération de tissu mou

Note : Le tarif est le même pour une lacération interne ou externe; cet acte comprend les pansements additionnels requis.

Lacération de part en part

Frénectomie

Dislocation de la mandibule

Traitement des glandes salivaires

Récupération d'une racine dentaire

Lavage de l'antrum

Fermeture d'une fistule oro-antrale

Contrôle d'hémorragie

Traitement post-chirurgical

Injections thérapeutiques

Ancrage osseux (y compris le retrait)

E) SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

Copie du dossier ou des radiographies : 1 fois par 2 ans. Ce code est remboursé à 100 %.

Visites professionnelles

Sédation consciente par voie orale ou percutanée nécessitant la surveillance des soins

Services de prosthodontie (Soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Dans la présente section, les codes suivis d'un astérisque (*) sont remboursés à 80 %.

Les services de prosthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

Descriptions et restrictions des codes du Guide des tarifs des actes buccodentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ)

A) PROTHÈSE AMOVIBLE

Restriction importante : Les prothèses amovibles sont remboursées une seule fois par période de 48 mois.

Prothèses complètes amovibles

- prothèses complètes standard
- prothèses complètes équilibrées
- prothèses complètes immédiates
- prothèses complètes immédiates (de transition)
- prothèses complètes hybrides standard
- prothèses complètes hybrides équilibrées

Prothèses partielles amovibles

- prothèse partielle amovible immédiate, de transition ou permanente
- prothèse partielle amovible avec base coulée, alliage chrome cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés
- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, base coulée, alliage chrome-cobalt
- prothèse partielle amovible avec attaches de précision
- prothèse partielle coulée de type semi-précision
- prothèse partielle hybride base coulée

Ajustements d'une prothèse

Note : Après les visites requises dans les 3 mois suivant l'insertion, ou lorsque effectués par une personne autre que celle qui a mis la prothèse en bouche.

- remontage et équilibrage de prothèses complètes ou partielles : 1 fois par 4 ans
- ajustements mineurs *

- réparation sans empreinte

  - prothèse amovible et partielle *

  - récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à prothèse existante * : 1 fois par 4 ans
- réparation avec empreinte *
- ajouts de structure à une prothèse partielle *
- regarnissage d'une prothèse complète à l'autopolymérisant *
- regarnissage d'une prothèse partielle à l'autopolymérisant (unilatéral ou bilatéral) *
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle, effectué en laboratoire *
- rebasage (jump) *
- garnissage temporaire thérapeutique, par rendez-vous *
- prothèse partielle, réfection (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé) : 1 fois par 4 ans
- prothèse maxillofaciale
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle amovible (conjointement avec un autre professionnel de la santé), y compris la préparation des dents : 1 fois par 4 ans

B) PROTHÈSE FIXE

Restriction importante : Les prothèses fixes sont remboursées une seule fois par période de 4 ans.

Couronne individuelle

Corps coulés

Ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimentés

Autres services :

- réparation d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil
- réparation de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirect
- réparation de porcelaine d'une couronne non décimentée, indirect
- recimentation et/ou ablation

Pivot préfabriqué (ex. : flexipost, parapost, dentatus, composipost, etc.)

Reconstruction d'une dent en vue d'une couronne

Pontique

Pont papillon (Maryland, Rochette ou autre)

Pont Monarch

Pilier

Attache de semi-précision et de précision

Réparation

Note : La réparation de porcelaine, l'ablation du pont, la réparation et la cimentation font l'objet d'une rémunération distincte.

Sectionnement d'un pilier de pont ou d'un pontique et polissage de la partie restante, décimentation d'un pont devant être recimenté, immobilisation de pont pour souder une fracture, ablation d'un pont ne devant pas être recimenté, recimentation d'un pont, pont (réparation, au fauteuil), pont (réparation de porcelaine ou de céramique) *

Pont, réparation de porcelaine ou de céramique, pont non décimenté, indirecte (avec prise d'empreinte)

C) ACTES RELIÉS AUX IMPLANTS

Couronne individuelle : 1 fois par 4 ans

Pilier sur implant : 1 fois par 4 ans

Services parodontaux, chirurgicaux * : 1 fois par 4 ans

Note : Acte limité exclusivement aux dentistes

Prothèses complètes amovibles retenues aux implants par des attaches : 1 fois par 4 ans

Mécanisme de support : 1 fois par 4 ans

Prothèse partielle amovible sur implants : 1 fois par 4 ans

Prothèse partielle avec base coulée sur implants : 1 fois par 4 ans

Regarnissage d'une prothèse sur implants

- regarnissage d'une prothèse sur implant à l'autopolymérisant (prothèse complète ou prothèse partielle) *, regarnissage d'une prothèse sur implant en laboratoire (prothèse complète) *
- regarnissage d'une prothèse sur implant en laboratoire (prothèse partielle)

Remplacement d'attache(s) d'une prothèse complète sur implants)

Pontiques reliés à des implants : 1 fois par 4 ans

Pilier : 1 fois par 4 ans

Barre de rétention : 1 fois par 4 ans

Conversion de prothèse complète conventionnelle existante en prothèse complète fixe (de transition), sur implants

Prothèse complète immédiate (de transition) fixe, sur implants : 1 fois par 4 ans

Supplément par implant supplémentaire

Prothèse complète attachée à des implants osséo-intégrés : 1 fois par 4 ans

Ablation d'une prothèse vissée sur implant(s) pour nettoyage ou réparation *

Réinsertion d'une prothèse vissée sur implant(s) *

Recimentation d'une couronne ou d'un pont sur implant *

Réparation de prothèse fixe sur implant

- réparation d'une couronne sur implant au fauteuil *, réparation de porcelaine ou de céramique (couronne individuelle sur implant) *, réparation de porcelaine ou de céramique (pont sur implant) *, remplacement du matériau obturateur dans la cavité d'accès d'un pilier d'implant *
- réparation de porcelaine ou de céramique (couronne sur implant non décimentée), réparation de porcelaine ou de céramique (pont sur implant non décimenté) : 1 fois par 4 ans

Guide chirurgical

Greffe osseuse en vue d'implants

Augmentation guidée de la crête alvéolaire en vue de la pose d'implant(s)

Prélèvement de greffon *

Implants lamellaires

Implants souspériostés

Implants cylindriques osséo-intégrés

Ablation d'implants *

Descriptions et restrictions des codes du Manuel des actes et des services denturologiques de l'Association des denturologistes du Québec

A) PROTHÈSE AMOVIBLE

Restriction importante : Les prothèses amovibles sont remboursées une seule fois par période de 4 ans.

Prothèse complète

- prothèse complète équilibrée
- prothèse complète

- prothèse complète de transition
- prothèse complète de recouvrement
- prothèse complète non-acrylique thermo-flex nylon, etc.
- prothèse complète avec prothèse partielle métallique (C/P, P/C)

Prothèse complète immédiate

Note : Incluant le conditionneur de tissus et les ajustements jusqu'à 3 mois de la mise en bouche. Les rebasages permanents ne sont pas compris.

- prothèse complète immédiate
- prothèse complète immédiate de transition

Prothèse partielle (base métallique)

- prothèse partielle équilibrée avec selle libre
- prothèse partielle sans selle libre
- prothèse partielle avec attachement de précision
- prothèse partielle avec attachement de semi-précision

Prothèse partielle (base acrylique)

- avec crochets façonnés
- sans crochet
- non-acrylique thermo-flex nylon, etc.

Prothèse partielle immédiate (base acrylique)

- avec crochets façonnés
- sans crochet

B) ACTES RELIÉS AUX IMPLANTS

Restriction importante : Les actes reliés aux implants sont remboursés une seule fois par période de 4 ans.

Prothèse complète sur implants, avec selle sur tissus : 1 fois par 4 ans

Prothèse complète sur implants, avec barre de retient : 1 fois par 4 ans

Réparation de prothèse sur implants *

C) AUTRES SERVICES

Note : Après les visites requises dans les 3 mois suivant l'insertion, ou lorsque effectués par une personne autre que celle qui a mis la prothèse en bouche.

Regarnissage en prothèse complète

- regarnissage maxillaire ou mandibulaire (procédure de laboratoire) *, regarnissage maxillaire ou mandibulaire (avec base molle) *, rebasage maxillaire ou mandibulaire (autopolymérisant) *
- regarnissage maxillaire ou mandibulaire (autopolymérisant), regarnissage maxillaire ou mandibulaire (photopolymérisant)

Regarnissage en prothèse partielle

- regarnissage maxillaire ou mandibulaire (procédure de laboratoire) *, regarnissage maxillaire ou mandibulaire (avec base molle) *, rebasage maxillaire ou mandibulaire (autopolymérisant) *
- regarnissage maxillaire ou mandibulaire (autopolymérisant), regarnissage maxillaire ou mandibulaire (photopolymérisant)

Rebasage en prothèse complète *

Rebasage en prothèse partielle *

Remontage pour équilibrer l'occlusion

En prothèse complète : 1 fois par 4 ans

En prothèse partielle : 1 fois par 4 ans

D) RÉPARATIONS

En prothèse complète *

En prothèse partielle *

E) REGARNISSAGE TEMPORAIRE

En prothèse complète *

En prothèse partielle *

F) AJUSTEMENTS

En prothèse complète *

En prothèse partielle *

G) ACCESSOIRES POUR LA RÉPARATION *

H) SERVICES ADDITIONNELS ET MATÉRIAUX *

I) RAPPEL ANNUEL *

ASSURANCE VOYAGE

Assurance voyage avec assistance et Assurance annulation de voyage

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais admissibles

Frais pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage à forfait, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés auprès de commerces accrédités ou la réservation de chambres d'hôtel.
- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Voyage

Aux fins de l'assurance annulation de voyage : Se dit du déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. Pour être reconnu comme un voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

Voyage personnel

Déplacement temporaire hors Québec (ou hors de la province de résidence de l'adhérent s'il ne réside pas au Québec) à des fins d'agrément ou de convenance personnelle.

Voyage d'affaires

Déplacement hors Québec (ou hors de la province de résidence de l'adhérent, s'il ne réside pas au Québec) sur demande du preneur et autorisé par ce dernier.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Assurance voyage avec assistance (voyage personnel et voyage d'affaires)
- Assurance annulation de voyage (voyage personnel uniquement)

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé en fonction de l'état de santé de la personne assurée, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Dans le cas d'articles, de soins ou de services rendus par un professionnel de la santé, les conditions suivantes doivent aussi s'appliquer pour que les frais soient admissibles :

- le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre;
- le professionnel de la santé doit, en l'absence d'un tel ordre, être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ;
- les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et celui-ci doit respecter toutes les normes de conduite prévues par son association, par son code de déontologie ou par tout document émis par son association.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, l'assurance voyage ne prévoit aucun remboursement :

a) pour des frais engagés par suite

- d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- d'une guerre, déclarée ou non;
- du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;

b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;

c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;

d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;

e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité;

f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés;

g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac;

h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles;

i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute;

j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité;

k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;

l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;

m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;

n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;

o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;

p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;

q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;

r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;

s) pour des frais de livraison ou de poste.

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à l'assurance voyage avec assistance et à l'assurance annulation de voyage. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance voyage, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de l'une de ces assurances et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage.

6. Demandes de prestations

Les demande de prestations peuvent être effectuées en ligne dans l'Espace client au **ssq.ca/hydro-quebec** ou par le biais de l'application mobile SSQ Assurance. Sinon, vous pouvez également effectuer vos demandes à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible dans l'Espace client ou auprès du service à la clientèle de SSQ. Vous devez alors remplir le formulaire et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

Pour l'assurance voyage avec assistance

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage avec assistance sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

Pour l'assurance annulation de voyage

Pour effectuer une demande de prestations, la personne assurée doit communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

Lors de la demande, la personne assurée doit fournir à SSQ les preuves justificatives suivantes :

a) les titres de transport inutilisés;

b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;

c) les reçus pour les arrangements de voyage; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;

d) une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur;

e) les documents officiels attestant la cause de l'annulation; si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;

f) le rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;

g) un rapport officiel portant sur les conditions atmosphériques;

h) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial, attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;

i) tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

7. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Assurance voyage avec assistance

Voyages personnels et voyages d'affaires

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous pouvez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au « Tableau des garanties ».

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence, sous réserve des durées maximales de séjour prévues au « Tableau des garanties » pour chaque type de voyage. De plus, la présente assurance s'applique uniquement à l'excédent des frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « Tableau des garanties ».

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 $ par personne assurée par séjour.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance (terrestre ou aérienne) par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche, y compris le transfert entre les hôpitaux.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours, ou en cas de décès, de l'endroit où se trouve la dépouille. Les frais admissibles pour séjour et transport d'un proche parent sont limités comme suit :

- pour le transport : aucun maximum;
- pour l'hébergement et les repas : maximum global de 7 500 $ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, préparation de sa dépouille et retour de son corps ou de ses cendres ou crémation ou inhumation sur place

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l' exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 15 000 $ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 5 000 $ par séjour.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 7 500 $ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds nécessaires à la clinique ou à l'hôpital, lorsque possible;

b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;

c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;

d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;

e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;

f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée lorsque celle-ci est hospitalisée pendant au moins 7 jours ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;

g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);

h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;

i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;

j) servir d'interprète aux appels d'urgence;

k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent;

l) fournir de l'information sur les ambassades et les consulats;

m) avant le départ, fournir de l'information sur les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble des garanties d'assurance voyage s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage avec assistance spécifiquement.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;

b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;

c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou de ne pas se rendre; la présente exclusion ne s'applique pas à une personne assurée se trouvant déjà à l'endroit en question au moment où le gouvernement du Canada émet sa recommandation, pourvu qu'elle prenne les dispositions nécessaires pour se conformer à cette recommandation dans les meilleurs délais;

d) frais payables en vertu de tout régime public;

e) frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;

f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;

h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;

i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;

j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;

k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Assurance annulation de voyage

Voyages personnels seulement

1. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée ou son compagnon de voyage, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.

b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée.

c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour.

d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal.

e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.

f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire.

g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.

h) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.

i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.

j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.

k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.

l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.

m) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le terrorisme, la guerre, déclarée ou non, ou une épidémie, à un endroit où la personne assurée doit se rendre ou qu'elle doit quitter, pourvu que le gouvernement du Canada ait émis une recommandation de ne pas se rendre à cet endroit ou de le quitter. Cette recommandation doit être en vigueur pour la période du séjour ou du voyage et avoir été émise après que la personne assurée a finalisé les arrangements relatifs au voyage ou lorsqu'elle y séjourne déjà.

n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoie une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police.

o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :

- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;

  ou

- la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.

p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2. Frais admissibles

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée en raison de l'annulation, de la prolongation ou de l'interruption d'un voyage personnel, dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et où cette dernière, au moment de finaliser les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation. Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues ci-après et selon les indications du « Tableau des garanties ».

En cas d'annulation avant le départ

Toute annulation de voyage avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyage ou au transporteur concerné, de même qu'à SSQ, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation. Dans le cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut toutefois être transmis le premier jour ouvrable (du lundi au vendredi) qui suit :

a) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.

b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.

c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou de l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

En cas de retour anticipé ou retardé

a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.

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

<u>Restriction</u>

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.

b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble des garanties d'assurance voyage s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage spécifiquement.

L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

a) la guerre, qu'elle soit déclarée ou non, une épidémie ou un acte de guerre ou de terrorisme, étant entendu que cette exclusion ne s'applique pas à la personne assurée qui est déjà présente là où éclate la guerre ou survient l'épidémie ou l'acte de guerre ou de terrorisme, pourvu que la personne prenne les dispositions nécessaires pour quitter cet endroit dès que le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens; cette exclusion ne s'applique pas non plus à la personne assurée qui a finalisé les arrangements de son voyage le jour même où la recommandation gouvernementale est émise ou avant;

b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou sa participation à un acte criminel;

c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;

d) une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;

e) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;

f) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;

g) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;

h) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA)

Dans le cadre d'un voyage personnel ou d'un voyage d'affaires

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de votre garantie d'assurance de base en cas de décès ou de mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte d'un pouce

Sectionnement total d'une phalange.

Perte d'un doigt

Sectionnement total de deux phalanges.

Perte d'un orteil

Sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte de l'usage

Perte totale et irrécouvrable de l'usage. Elle doit cependant se poursuivre pendant 3 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Quadriplégie

Paralysie permanente et perte d'usage fonctionnelle des quatre membres. Elle doit cependant se poursuivre pendant 3 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Paraplégie

Paralysie permanente et perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs. Elle doit cependant se poursuivre pendant 3 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Hémiplégie

Paralysie permanente et perte d'usage fonctionnelle d'une moitié du corps. Elle doit cependant se poursuivre pendant 3 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Voyage personnel

Déplacement temporaire hors Québec (ou hors de la province de résidence de l'adhérent s'il ne réside pas au Québec) à des fins d'agrément ou de convenance personnelle.

Voyage d'affaires

Déplacement hors Québec (ou hors de la province de résidence de l'adhérent, s'il ne réside pas au Québec) sur demande du preneur et autorisé par ce dernier.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si vous subissez un accident causant l'une des pertes prévues au « Tableau des pertes » ci-après pendant que vous êtes couvert par la présente garantie et alors que vous êtes en voyage personnel ou en voyage d'affaires, selon les dispositions du « Tableau des garanties ».

La perte doit survenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

Aux fins de la présente garantie, on considère un voyage commencé dès que vous quittez votre résidence ou votre lieu de travail régulier dans le but de faire ce voyage, quel que soit le dernier qui survient, et le voyage se poursuit jusqu'à votre retour à votre résidence ou votre lieu de travail régulier, quel que soit le premier qui survient. Les voyages quotidiens que vous faites pour aller à votre travail et en revenir ne sont pas compris dans la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie en cas d'accident est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « Tableau des pertes ». Toutefois, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance (200 % en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie) de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident.

En cas de décès par suite d'accident, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu des garanties d'assurance vie et non en remplacement de ce montant.

4. Plafond global d'indemnisation

La limite d'indemnité pour laquelle SSQ est responsable en vertu de la police est indiquée au « Tableau des garanties ». Si ce plafond ne suffit pas à couvrir le plein montant de la prestation payable à chaque personne assurée à la suite d'un seul et même accident, le montant payable dans ce cas-là à chaque personne assurée est calculé conformément au rapport existant entre le plafond global d'indemnisation pour un seul et même accident et le montant total d'assurance qui aurait été payable sans ce plafond.

5. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
quadriplégie, paraplégie ou hémiplégie	200 %
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %
la vue des deux yeux	100 %
d'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	100 %

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de l'usage des deux mains ou des deux bras	100 %
de l'usage d'un bras, d'une jambe, d'une main ou d'un pied	100 %
de la vue d'un oeil	66,67 %
du pouce et de l'index d'une même main	66,67 %
des quatre doigts d'une même main	66,67 %
de l'ouïe d'une oreille	33,33 %
de tous les orteils d'un même pied	33,33 %

6. Disparition

Si vous n'êtes pas retrouvé dans les 365 jours qui suivent la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel vous vous trouviez à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu de la présente garantie, vous serez réputé avoir perdu la vie par suite d'une blessure au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

7. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;

b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;

c) une guerre, déclarée ou non;

d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;

e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;

f) un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;

g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;

h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;

i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

8. Demandes de prestations

La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte (ou de l'événement accidentel ouvrant droit à des prestations supplémentaires) et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500

ssq.ca/hydro-quebec

B44HQ0_008F