

alter ego

L'AVANTAGE CSQ

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

LE REFLET DE MA RÉALITÉ

Le tout nouveau régime d'assurance collective de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) : réfléchi et conçu pour répondre aux intérêts véritables de ses membres



En collaboration
avec

beneva

Veillez noter que, dans cette brochure, le nom Beneva désigne Beneva inc.

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective qui s'appliquent au 1^{er} janvier 2026.

This booklet is available in English.

Table des matières

RÉSUMÉ DES GARANTIES.....	1
1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	8
1.1 Définitions	8
1.2 Admissibilité à l'assurance.....	16
1.3 Participation à l'assurance.....	17
1.4 Entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes.....	25
1.5 Changement de statut de protection.....	30
1.6 Changement de protection	34
1.7 Fin de protection	40
1.8 Exonération des primes	43
1.9 Congé sans traitement et suspension sans traitement.....	46
1.10 Autres congés.....	48
1.11 Mise à pied ou fin de contrat.....	50
1.12 Congédiement, non-réengagement et renvoi	52
1.13 Droit de transformation	53
1.14 Dispositions particulières pour certaines catégories de personnel	54
2- RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....	59
2.1 Structure du régime	59
2.2 Frais couverts en vertu du Régime de base obligatoire	60
2.3 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 1	63
2.4 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 2	79
2.5 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 3	80
2.6 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 4	81
2.7 Exclusions et limitations.....	85
3- RÉGIME DE SOINS DENTAIRES.....	88
3.1 Frais admissibles	88
3.2 Soins dentaires de restauration mineure et soins dentaires de restauration majeure - franchise commune	88
3.3 Soins dentaires préventifs	89
3.4 Soins dentaires de restauration mineure.....	91
3.5 Soins dentaires de restauration majeure.....	93
3.6 Remboursement maximal relatif aux soins dentaires.....	95
3.7 Restrictions liées aux soins dentaires.....	95
3.8 Exclusions liées aux soins dentaires	95

4- RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE.....	97
4.1 Détermination du contenu du régime.....	97
4.2 Rente d'invalidité	97
4.3 Montant de la rente hebdomadaire.....	98
4.4 Réduction de la rente hebdomadaire.....	99
4.5 Emploi de réadaptation.....	101
4.6 Exclusions.....	101
5- RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	103
5.1 Début du paiement de la rente d'invalidité	103
5.2 Montant de la rente d'invalidité.....	103
5.3 Réduction de la rente d'invalidité.....	104
5.4 Indexation de la rente d'invalidité	106
5.5 Durée de la rente d'invalidité	106
5.6 Emploi de réadaptation.....	106
5.7 Exclusions	107
6- RÉGIME D'ASSURANCE VIE	108
6.1 Assurance vie de base de la personne adhérente	108
6.2 Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	108
6.3 Assurance vie de base des personnes à charge.....	109
6.4 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe.....	110
6.5 Bénéficiaire.....	111
7- PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS	112
7.1 Programme d'aide	112
7.2 Dispositions particulières applicables lors du décès de la personne adhérente.....	112
7.3 Dispositions particulières applicables à la fin de l'assurance	113
8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	114
8.1 Frais de médicaments	114
8.2 Autres frais d'assurance maladie.....	115
8.3 Frais d'assurance soins dentaires	115
8.4 Frais hospitaliers ou médicaux assujettis à une loi sociale	116
8.5 Assurance salaire de courte durée	116
8.6 Assurance salaire de longue durée	117

8.7	Assurance vie	117
8.8	Où envoyer vos demandes de prestations	117
8.9	Services Internet de Beneva.....	118
8.10	Services mobiles de Beneva	118
8.11	Dossier et renseignements personnels	119
9-	RÉGIMES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES RETRAITÉES	120
	ANNEXE - PERSONNES EMPLOYÉES IMPATRIÉES.....	121

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Assurance maladie (participation obligatoire, sous réserve du droit d'exemption)

Voir la section « Régime d'assurance maladie » pour tous les détails relatifs au régime, y compris les exclusions, les restrictions et les limitations applicables.

Pour chaque type de frais admissibles, le pourcentage de remboursement et le maximum applicable, le cas échéant, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Les montants maximaux exprimés dans le tableau ci-dessous s'appliquent par personne assurée, à l'exception du déboursé annuel pour les médicaments qui s'applique par certificat.

Tous les frais identifiés par un astérisque (*) dans le tableau doivent être engagés à la suite de la recommandation du médecin traitant pour être considérés comme des frais admissibles.

Si aucun montant maximal n'est indiqué, les frais usuels et raisonnables s'appliquent.

Régime de base obligatoire	Paramètres de remboursement
Médicaments* et services pharmaceutiques admissibles - paiement direct ⁽¹⁾	80 % des frais admissibles (100 % si le déboursé annuel excède 1 047 \$ par certificat)
	Liste régulière Médicaments disponibles uniquement sur prescription
Injections sclérosantes	Le pourcentage de remboursement des médicaments s'applique Remboursement maximal de 35 \$ par jour
Mutilation accidentelle	Entre 25 000 \$ et 50 000 \$ selon la perte
<p>(1) Remboursement des médicaments avec la substitution générique obligatoire</p> <p>Tous les frais de médicaments admissibles sont remboursés à 80 %. Si vous choisissez d'acheter un médicament innovateur pour lequel il existe un équivalent générique, le remboursement est calculé en fonction du prix du médicament générique le plus bas. Le montant qui entre dans le calcul du déboursé annuel est celui que vous auriez déboursé si vous aviez acheté ce médicament générique moins coûteux.</p> <p>Il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur si la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Tous les honoraires exigés pour remplir le formulaire sont à la charge de la personne adhérente et l'approbation de Beneva est requise.</p>	

Regroupement complémentaire facultatif 1	Paramètres de remboursement
Ambulance et transport aérien	80 %
Assurance annulation de voyage	100 % Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage
Assurance voyage avec assistance	100 % Remboursement maximal de 5 000 000 \$ par voyage
Frais hospitaliers au Canada	100 % Chambre semi-privée
Honoraires à la suite d'un accident aux dents naturelles	80 % Dans un délai de 24 mois de l'accident
Soins psychologiques	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Transport par avion ou par train d'une personne assurée alitée*	80 %

Regroupement complémentaire facultatif 2	Paramètres de remboursement	
Audiologie	<p style="text-align: center;">80 %</p> <p>Remboursement maximal regroupé de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces services professionnels</p>	<p style="text-align: center;">80 %</p> <p>Remboursement maximal regroupé de 2 000 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces services professionnels lorsque les regroupements complémentaires facultatifs 2 et 3 sont sélectionnés</p>
Chiropractie (y compris les radiographies)		
Ergothérapie		
Examen de la vue		
Kinésiologie		
Orthophonie		
Physiothérapie et thérapie du sport		
Podiatrie		
Podologie		
Regroupement complémentaire facultatif 3		
Acupuncture	<p style="text-align: center;">80 %</p> <p>Remboursement maximal regroupé de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces services professionnels</p>	
Diététique		
Homéopathie (y compris les remèdes homéopathiques)		
Massothérapie, kinésithérapie et orthothérapie		
Naturopathie		
Ostéopathie		

Regroupement complémentaire facultatif 4	Paramètres de remboursement
Appareil auditif (y compris les honoraires de l'audioprothésiste)	80 % Remboursement maximal de 560 \$ par 48 mois
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène*	80 %
Appareil de coagulation*	80 % Maximum de 1 appareil par 60 mois
Appareils orthopédiques*	80 %
Appareils thérapeutiques*	80 %
Articles pour stomie*	80 %
Bas de soutien à compression moyenne ou forte*	80 % Maximum de 3 paires par année civile
Chaussures orthopédiques*	80 %
Chaussures profondes*	80 %
Cure de désintoxication*	80 % Remboursement maximal de 64 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 30 jours par année civile
Fauteuil roulant, marchette ou lit d'hôpital* (pour usage temporaire seulement)	80 %
Glucomètre*	80 % Remboursement maximal de 240 \$ par 36 mois
Lentilles intraoculaires*	80 %
Membres artificiels et prothèses externes*	80 %
Neurostimulateur transcutané*	80 % Remboursement maximal de 800 \$ par 60 mois
Orthèses plantaires*	80 %

Pompe à insuline et accessoires*	80 %
Prothèse capillaire*	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$
Prothèses mammaires*	80 % Dans les cas de mastectomie
Soins infirmiers*	80 % Remboursement maximal de 240 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile
Soutiens-gorge postopératoires*	80 % Remboursement maximal viager de 200 \$ Dans les cas de mastectomie ou de réduction mammaire
Transport et hébergement au Québec*	80 % Remboursement maximal de 2 500 \$ par année civile

Soins dentaires (participation facultative)

Voir la section « Régime de soins dentaires » pour tous les détails relatifs au régime, y compris les exclusions et les restrictions applicables.

Soins couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Soins dentaires préventifs • Soins dentaires de restauration mineure • Soins dentaires de restauration majeure
Franchise	Franchise annuelle de 50 \$ par certificat commune aux soins dentaires de restauration mineure et aux soins dentaires de restauration majeure
Pourcentage de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • Soins dentaires préventifs : 80 % • Soins dentaires de restauration mineure : 80 % • Soins dentaires de restauration majeure : 50 %
Remboursement maximal progressif	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{re} année civile au cours de laquelle débute la couverture : 600 \$ / personne assurée • 2^e année civile : 800 \$ / personne assurée • 3^e année civile et suivantes : 1 000 \$ / personne assurée

Assurance vie

Voir la section « Régime d'assurance vie » pour tous les détails relatifs au régime, y compris les limitations applicables.

Participation obligatoire, sous réserve du droit de retrait

Assurance vie de base de la personne adhérente	
Montant d'assurance	10 000 \$ ou 25 000 \$, au choix de la personne adhérente

Participation facultative

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	
Montant d'assurance disponible	1 à 9 tranches de 25 000 \$, avec preuves d'assurabilité, sauf pour les 2 premières tranches de 25 000 \$, si la personne adhérente choisit un montant de 25 000 \$ en assurance vie de base et en fait la demande dans les 180 jours de sa date d'admissibilité
Réduction du montant d'assurance	Le 1 ^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de la personne adhérente, le montant de l'assurance est réduit de 50 %

Assurance vie de base des personnes à charge	
<u>Option 1</u>	<u>Option 2</u>
Personne conjointe : 10 000 \$	Personne conjointe : 20 000 \$
Enfant à charge (âgé d'au moins 24 heures) : 5 000 \$	Enfant à charge (âgé d'au moins 24 heures) : 10 000 \$

Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (conditionnelle à la participation à l'Option 2 en vertu de l'assurance vie de base des personnes à charge)	
Montant d'assurance disponible	1 à 10 tranches de 10 000 \$, avec preuves d'assurabilité
Réduction du montant de l'assurance	Le 1 ^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65 ^e anniversaire de naissance de la personne adhérente, le montant de l'assurance est réduit de 50 %

Assurance salaire de courte durée (participation obligatoire, sous réserve du droit de renonciation)

Voir la section « Régime d'assurance salaire de courte durée » pour tous les détails relatifs au régime, y compris les exclusions applicables.

Le régime d'assurance salaire de courte durée est applicable aux personnes adhérentes n'ayant pas de régime d'assurance salaire de courte durée prévu à leur convention collective.

Types de régimes	<ul style="list-style-type: none">• Régime d'assurance salaire de l'employeur• Régime d'assurance salaire des personnes employées
Rente	<ul style="list-style-type: none">• Régime d'assurance salaire de l'employeur : 60 % à 100 % du traitement hebdomadaire• Régime d'assurance salaire des personnes employées : 60 % à 75 % du traitement hebdomadaire
Statut fiscal de la rente	<ul style="list-style-type: none">• Régime d'assurance salaire de l'employeur : rente imposable• Régime d'assurance salaire des personnes employées : rente non imposable
Délai de carence	Accident/hospitalisation : 0 à 365 jours Maladie : 7 à 365 jours
Durée maximale de la rente	52 ou 104 semaines ou payable jusqu'au 70 ^e anniversaire de la personne adhérente

Assurance salaire de longue durée (participation obligatoire, sous réserve du droit de renonciation et du droit d'exemption)

Voir la section « Régime d'assurance salaire de longue durée » pour tous les détails relatifs au régime, y compris les exclusions applicables.

Rente	<ul style="list-style-type: none">• 65 % des premiers 20 000 \$ de traitement annuel brut• 50 % des 20 000 \$ suivants• 45 % de l'excédent
Statut fiscal de la rente	Rente non imposable
Délai de carence accident/hospitalisation/maladie	104 semaines
Durée maximale de la rente	Payable jusqu'au 65 ^e anniversaire de la personne adhérente

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 Définitions

1.1.1 Accident

Tout événement fortuit produisant, sous l'action soudaine et imprévue d'un agent extérieur, un dommage corporel constaté par un médecin.

1.1.2 Accident (aux fins des garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage)

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

1.1.3 Activité à caractère professionnel ou commercial

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

1.1.4 Associée ou associé en affaires

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

1.1.5 Compagne ou compagnon de voyage

La personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée. Désigne aussi la personne qui voyage avec la personne assurée pour la durée totale du voyage dans le cas d'un voyage effectué à deux.

1.1.6 Convention collective

La convention collective telle que définie au Code du travail. Désigne aussi l'entente nationale. Par extension, on entend également tout décret en tenant lieu.

1.1.7 Délai de carence

La période d'attente au début de la période d'invalidité avant de recevoir une rente.

1.1.8 Employeur

Pour les seules fins de l'assurance salaire de courte durée, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), ses syndicats ou fédérations affiliés ou en entente de service et toute autre institution acceptée par le preneur.

1.1.9 Enfant à charge

- un enfant de la personne employée, de sa personne conjointe, ou des 2;
- un enfant pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises; ou
- un enfant à l'égard duquel la personne employée ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale (ou l'exercerait si l'enfant était mineur).

Dans tous les cas, l'enfant est non marié ni uni civilement, réside ou est domicilié au Canada, dépend de la personne employée pour son soutien et répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- a) est âgé de moins de 18 ans;
- b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, à titre d'étudiant dûment inscrit; Beneva exige la preuve de l'inscription à un programme d'études.

Un enfant à charge, dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans inclusivement, en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne employée remplisse les modalités suivantes :

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

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);

- c) quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date. Toute personne atteinte de déficience fonctionnelle, telle que définie dans le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, est également considérée en invalidité totale.

1.1.10 Entente nationale

L'ensemble des stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale conformément à la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (L.R.Q., c. R-8.2). Par extension, on entend également tout décret en tenant lieu.

1.1.11 État de santé bon et stable

État de santé qui permet à la personne assurée d'effectuer ses activités régulières alors qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

1.1.12 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, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- 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.

1.1.13 Frais usuels et raisonnables

Frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

1.1.14 Hôpital

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

1.1.15 Hôtesse ou hôte à destination

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

1.1.16 Invalidité totale

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

1.1.17 Maladie

Toute détérioration de la santé physique ou mentale ou désordre de l'organisme constaté par un médecin.

1.1.18 Médecin

Tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

1.1.19 Membre de la famille

Personne conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru.

1.1.20 Période de primes

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

1.1.21 Période d'invalidité totale

Période successive d'invalidité de même nature : toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparée par moins de 22 jours consécutifs de travail effectif à plein salaire ou de disponibilité pour un tel travail (cette période de 22 jours consécutifs est remplacée par une période de 8 jours consécutifs si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier).

Pour le personnel suivant, la période de 22 jours mentionnée précédemment est remplacée comme suit :

- **enseignantes et enseignants de centres de services scolaires ou de commissions scolaires** : période de 35 jours;
- **personnel de soutien de centres de services scolaires ou de commissions scolaires** : période de 32 jours;
- **personnel professionnel de centres de services scolaires ou de commissions scolaires** : période de 35 jours;
- **enseignantes et enseignants de cégeps** : période de 32 jours;
- **personnel de soutien des cégeps** : période de 32 jours;
- **personnes employées du secteur de la santé et des services sociaux** : période de 15 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 78 semaines ou de 45 jours si la durée de l'invalidité totale est égale ou supérieure à 78 semaines.

Période successive d'invalidité de nature différente : une période d'invalidité tout à fait indépendante de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente est réputée faire partie de la même période d'invalidité si les deux périodes ne sont pas séparées par un retour à temps plein d'au moins une journée de travail effectif ou de disponibilité pour un tel travail. Dans le cas d'un retour à temps plein d'au moins une journée de travail effectif ou de disponibilité pour un tel travail, une période d'invalidité complètement étrangère à la cause initiale sera considérée comme une nouvelle période d'invalidité.

La période au cours de laquelle une personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale aux fins des présentes.

1.1.22 Personne à charge

Les personnes à charge d'une personne employée sont sa personne conjointe et ses enfants à charge ou, selon le cas, sa personne conjointe ou ses enfants à charge.

1.1.23 Personne adhérente

Toute personne employée qui participe à l'assurance collective.

1.1.24 Personne assurée

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

1.1.25 Personne conjointe

La personne qui l'est devenue à la suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contracté et reconnu comme valable par les lois du Québec, ou par le fait pour une personne de résider **en permanence** depuis plus d'un an (aucune période minimale de temps requise dans le cas où un enfant est issu de leur union ou dans le cas où des procédures légales d'adoption sont entreprises) avec une personne qu'elle présente ouvertement comme sa personne conjointe.

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

La désignation d'une nouvelle personne à titre de personne conjointe prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme personne conjointe.

Veillez aviser l'employeur par écrit de tout changement relatif à la personne conjointe de manière à corriger le dossier d'assurance en conséquence.

1.1.26 Personne employée

Aux fins de tous les régimes, à l'exception du régime d'assurance salaire de courte durée :

Toute personne qui est visée par une entente nationale ou par une convention collective de travail conclue avec un syndicat affilié à la CSQ ou en entente de service et qui fait partie de tout groupe accepté par le preneur du contrat.

L'entente nationale ou la convention collective applicable détermine les critères d'admissibilité au régime d'assurance collective Alter ego.

Aux fins du régime d'assurance salaire de courte durée :

Toute personne faisant partie de l'une des catégories suivantes :

- membres de certains syndicats affiliés à la CSQ;
- personnel et personnes libérées de la CSQ;
- personnel et personnes libérées de certains syndicats et fédérations affiliés à la CSQ;
- personnel de toute autre institution acceptée par la CSQ.

1.1.27 Point de départ

Le premier endroit d'où la personne assurée part pour le voyage projeté (aéroport, gare routière, port, gare ferroviaire).

1.1.28 Preneur

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ).

1.1.29 Preuves d'assurabilité

Des preuves jugées satisfaisantes par Beneva pour déterminer si une personne employée ou ses personnes à charge peuvent être admises à l'assurance compte tenu de leur état de santé et de leurs habitudes de vie.

1.1.30 Beneva

Beneva inc., l'assureur.

1.1.31 Traitement annuel (aux fins d'assurance)

Aux fins du régime d'assurance salaire de courte durée :

La rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle, selon la convention collective qui s'applique, y compris les primes pour disparités régionales et toute rétroactivité salariale, mais excluant tout boni, toute rétribution de temps supplémentaire et toute prime de séparation. Cette rémunération est basée sur le traitement annuel en vigueur au début de l'invalidité.

Pour toute personne employée à temps partiel, le traitement est calculé au prorata du temps qu'elle travaille par rapport à la semaine régulière de la personne employée à temps plein.

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

Pour le **personnel de soutien des centres de services scolaires ou des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes**, la présente définition est remplacée par celle indiquée au point 1.14.3 d).

Aux fins du régime d'assurance salaire de longue durée :

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

Pour toute personne employée à temps partiel, le traitement est calculé au prorata du temps qu'elle travaille par rapport à la semaine régulière de la personne employée à temps plein.

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

Pour tous les cas, le traitement annuel utilisé aux fins de cotisation de la prime est celui défini aux paragraphes précédents alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la rente est celui défini aux paragraphes précédents, sans toutefois jamais être inférieur à 14 400 \$.

Pour les personnes salariées du **secteur de la santé et des services sociaux**, la présente définition est remplacée par celle indiquée au point 1.14.2 b).

Pour le **personnel de soutien des centres de services scolaires ou des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes**, la présente définition est remplacée par celle indiquée au point 1.14.3 d).

1.1.32 Traitement hebdomadaire (aux fins d'assurance)

Le traitement hebdomadaire est égal à 1/52^e du traitement annuel. Toutefois, pour les personnes employées qui reçoivent leur traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois, le traitement hebdomadaire est obtenu en divisant le traitement annuel par le nombre de périodes de paie prévu pour son versement, le tout ramené sur une base hebdomadaire si les périodes de paie en cause sont supérieures à une semaine.

Pour les dispositions applicables au **personnel de soutien des centres de services scolaires ou des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes**, voir le point 1.14.3 e) de la présente brochure.

1.1.33 Voyage (aux fins de la garantie d'assurance annulation de voyage)

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 2 nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage une croisière d'une durée prévue d'au moins 2 nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

Exclusion : voyage ou partie d'un voyage dont le but est l'aide humanitaire.

1.2 Admissibilité à l'assurance

1.2.1 Admissibilité de la personne employée

Une personne employée est admissible aux régimes d'assurance à compter de la date à laquelle elle devient une personne employée selon les dispositions de l'entente nationale ou de la convention collective applicable.

Pour le personnel du secteur de la santé et des services sociaux, les salariées ou salariés travaillant à 25 % ou moins du temps complet et qui ne participent pas aux régimes d'assurance conformément aux dispositions de l'entente nationale sont admissibles au régime de base obligatoire d'assurance maladie seulement.

Pour les dispositions applicables au **personnel de soutien des centres de services scolaires ou des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes**, voir le point 1.14.3 b) de la présente brochure.

1.2.2 Admissibilité de la personne à charge

Toute personne à charge est admissible aux régimes d'assurance comportant une protection pour personne à charge, soit à la même date que la personne employée si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle devient une personne à charge de la personne employée.

1.2.3 Particularités pour le régime d'assurance salaire de courte durée

a) Admissibilité

Toute personne employée ne bénéficiant pas d'une autre garantie d'assurance salaire d'au moins 104 semaines est admissible au régime d'assurance salaire de courte durée à compter de la date à laquelle elle devient une personne employée.

La convention collective applicable détermine les critères d'admissibilité à ce régime.

b) Mise en vigueur du régime

Sous réserve des règles de participation à l'assurance décrites au point 1.3.3, chacune des personnes employées admissibles doit adhérer au régime.

1.2.4 Particularités pour le régime d'assurance salaire de longue durée

a) Admissibilité

Les personnes employées couvertes par le régime d'assurance salaire de la convention collective ou par un régime d'assurance salaire de courte durée sont admissibles au régime d'assurance salaire de longue durée.

b) Mise en vigueur du régime

Sous réserve des règles de participation à l'assurance décrites au point 1.3.4, chacune des personnes employées admissibles doit adhérer au régime.

1.3 Participation à l'assurance

Pour faire connaître les régimes auxquels elle désire participer ou pour s'en exempter, la personne employée doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » disponible chez son employeur et le faire parvenir à ce dernier. L'employeur transmet ensuite le formulaire à Beneva.

1.3.1 Régime d'assurance maladie

a) *Caractère obligatoire*

Toute personne employée admissible au régime d'assurance maladie doit **obligatoirement** y participer à moins de se prévaloir du droit de renonciation pour les personnes adhérentes de 65 ans et plus décrit à la page 17 ou du droit d'exemption décrit au point 1.3.1 b).

La personne employée admissible doit participer au régime de base obligatoire seulement ou combiner sa participation à ce régime obligatoire à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs parmi les suivants :

- Regroupement complémentaire facultatif 1
- Regroupement complémentaire facultatif 2
- Regroupement complémentaire facultatif 3
- Regroupement complémentaire facultatif 4

Important

La période minimale de participation* est de 24 mois pour chacun des regroupements complémentaires facultatifs.

***Période minimale de participation**

L'écoulement de la période minimale de participation de 24 mois prévue précédemment n'est pas interrompu pendant un congé sans traitement ou une période consécutive à une mise à pied ou une fin de contrat lorsque la personne adhérente choisit de conserver le régime de base obligatoire seulement (selon ce qui est prévu aux points 1.9.2 et 1.11.1).

Au Québec, si la personne employée n'est pas assurée par le régime de sa personne conjointe ou par un autre régime d'assurance collective, elle est dans l'obligation de s'assurer en vertu du régime d'assurance maladie Alter ego. Aussi, si sa personne conjointe et ses enfants à charge ne sont pas assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments, ils doivent obligatoirement s'assurer en vertu du régime d'assurance maladie Alter ego.

Lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, elle est automatiquement inscrite à l'assurance médicaments de la RAMQ.

Elle peut choisir de :

- conserver l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie Alter ego, y compris les médicaments, sans modification de primes, et elle doit communiquer avec la RAMQ afin de se désengager de ce régime; ou
- renoncer au régime d'assurance maladie Alter ego et maintenir sa participation au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Dans ce dernier cas, le régime d'assurance maladie prend fin définitivement et elle ne pourra plus par la suite modifier son choix à cet égard.

Si elle désire se prévaloir du droit de renonciation, elle doit faire parvenir à Beneva, par le biais de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance maladie » dûment rempli. La renonciation prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Lorsque la personne conjointe assurée atteint l'âge de 65 ans :

Elle conserve l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie Alter ego, y compris les médicaments, sans modification de primes.

ATTENTION :

Dans les cas où la personne adhérente ou sa personne conjointe assurée conservent le régime d'assurance maladie Alter ego étant donné que tout résident du Québec qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments (RPAM), elle-même et sa personne conjointe, le cas échéant, doivent communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin de se désengager de ce régime et d'éviter de payer la prime du RPAM.

b) *Droit d'exemption*

Une personne employée peut choisir de ne pas participer ou cesser sa participation au régime d'assurance maladie à condition qu'elle établisse qu'elle est assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant des prestations similaires.

La personne adhérente qui participe à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs peut choisir de s'exempter de participer, même si la période minimale de participation de 24 mois n'est pas complétée.

Le droit d'exemption entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates suivantes :

- Pour une personne employée nouvellement admissible, si l'employeur reçoit la demande d'exemption dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité :

L'exemption prend effet rétroactivement à la date d'admissibilité.

- En cours d'assurance, si l'employeur reçoit la demande d'exemption dans les 60 jours suivant le début de l'assurance permettant l'exemption :

L'exemption prend effet rétroactivement à la date de début de l'assurance permettant l'exemption.

- Si l'employeur reçoit la demande d'exemption plus de 60 jours après la date d'admissibilité ou de début de l'assurance permettant l'exemption :

L'exemption prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

c) *Terminaison d'exemption*

La personne employée exemptée de participer au régime d'assurance maladie qui démontre qu'elle n'est plus admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption peut réintégrer le régime d'assurance maladie selon les conditions suivantes :

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption dans les 60 jours suivant la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption :

La personne employée peut alors choisir le régime qui lui convient (régime de base obligatoire seulement ou régime de base obligatoire combiné à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs) selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial). L'assurance en vertu du régime choisi entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

La personne employée en période d'invalidité totale peut quant à elle uniquement choisir entre le régime de base obligatoire seulement et le régime de base obligatoire combiné au regroupement complémentaire facultatif 1 et/ou au regroupement complémentaire facultatif 4, selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial). La couverture peut être bonifiée à la date de son retour au travail. L'assurance en vertu du régime choisi entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption plus de 60 jours après la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption :

L'assurance en vertu du régime choisi entre alors en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur, selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial).

1.3.2 Régime de soins dentaires

a) Caractère facultatif

La participation est facultative pour toute personne employée admissible au régime de soins dentaires.

b) Période minimale de participation

La période minimale de participation de la personne adhérente au régime de soins dentaires est de 48 mois.

Toutefois, une personne adhérente peut terminer sa participation au régime pendant cette période minimale de 48 mois, si elle démontre à la satisfaction de Beneva qu'elle est couverte par un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance soins dentaires obligatoire. Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau au régime de soins dentaires, une nouvelle période minimale de participation de 48 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu du régime.

L'écoulement de la période minimale de participation n'est pas interrompu pendant un congé sans traitement ou une période consécutive à une mise à pied ou une fin de contrat lorsque la personne adhérente choisit de conserver le régime de base obligatoire d'assurance maladie ou le régime d'assurance maladie détenu seulement (selon ce qui est prévu aux points 1.9.2 et 1.11.1).

1.3.3 Régime d'assurance salaire de courte durée

a) Caractère obligatoire

La participation est obligatoire pour toute personne employée admissible au régime d'assurance salaire de courte durée, sous réserve du droit de renonciation décrit au point 1.3.3 b) ci-après.

b) *Droit de renonciation*

Une personne employée peut refuser de participer ou terminer sa participation au régime d'assurance salaire de courte durée des personnes employées si elle répond à l'un des critères suivants :

- être une personne retraitée réembauchée et recevoir une rente de retraite;
ou
- être au travail et être admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle;
ou
- être au travail et être admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle d'ici la fin du paiement de la rente d'invalidité qui serait versée par le régime d'assurance salaire de l'employeur.

Si la personne employée désire se prévaloir du droit de renonciation, elle doit faire parvenir à Beneva, par le biais de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de courte durée des personnes employées » dûment rempli. La renonciation prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Important

Si la personne adhérente se prévaut du droit de renonciation, elle ne pourra plus réintégrer le régime d'assurance salaire de courte durée des personnes employées par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

Toutefois, lors d'une réembauche, le droit de renonciation n'est pas reconduit. Dans le cas où elle a déjà renoncé à l'assurance salaire de courte durée des personnes employées, elle doit remplir de nouveau le formulaire de renonciation et le faire parvenir à l'employeur.

1.3.4 Régime d'assurance salaire de longue durée

a) *Caractère obligatoire*

La participation est obligatoire pour toute personne employée admissible au régime d'assurance salaire de longue durée, sous réserve du droit de renonciation décrit au point 1.3.4 b) ci-après et du droit d'exemption décrit au point 1.3.4 c).

À la suite d'une absence temporaire du travail au cours de laquelle la participation au régime d'assurance salaire de longue durée n'a pas été conservée, la personne adhérente se voit accorder le régime à la date de son retour au travail.

b) *Droit de renonciation*

Une personne employée peut refuser de participer ou terminer sa participation au régime d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 ans de service ou plus;
- être âgée de 53 ans ou plus;
- avoir signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a 2 ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ.

Si la personne employée désire se prévaloir du droit de renonciation, elle doit faire parvenir à Beneva, par le biais de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation ou droit d'exemption au régime d'assurance salaire de longue durée » dûment rempli. La renonciation prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Important

Si la personne adhérente se prévaut du droit de renonciation, elle ne pourra plus réintégrer le régime d'assurance salaire de longue durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

Toutefois, lors d'une réembauche, le droit de renonciation n'est pas reconduit. Dans le cas où elle a déjà renoncé à l'assurance salaire de longue durée, elle doit remplir de nouveau le formulaire de renonciation et le faire parvenir à l'employeur.

c) *Droit d'exemption*

Une personne employée peut choisir de ne pas participer ou cesser sa participation au régime d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- être membre d'un ordre professionnel et être assurée en vertu d'un régime d'assurance salaire de longue durée offert par cet ordre professionnel, en autant que cette assurance soit équivalente à celle fournie par le régime d'assurance salaire de longue durée;
- être en libération syndicale avec traitement et être admissible à participer au régime d'assurance salaire de longue durée offert chez l'employeur pour lequel elle occupe des fonctions syndicales.

Si la personne employée désire se prévaloir du droit d'exemption, elle doit faire parvenir à Beneva, par le biais de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation ou droit d'exemption au régime d'assurance salaire de longue durée » dûment rempli. L'exemption prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

La personne employée exemptée de participer au régime d'assurance salaire de longue durée qui démontre qu'elle n'est plus admissible au régime ayant permis l'exemption peut réintégrer le régime d'assurance salaire de longue durée, sans preuves d'assurabilité. La fin d'exemption prend effet le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

1.3.5 Régime d'assurance vie

a) Caractère obligatoire avec droit de retrait

La participation à l'assurance vie de base de la personne adhérente est obligatoire pour un montant minimal de protection de 10 000 \$ pour toute personne employée admissible au régime d'assurance vie, à moins qu'elle se prévale du droit de retrait décrit au point 1.3.5 c) ci-après.

b) Caractère facultatif

La participation à un montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente ainsi que la participation aux autres protections d'assurance vie est facultative.

Lors de son adhésion, la personne peut choisir parmi les protections suivantes :

- assurance vie de base de la personne adhérente (montant de protection de 25 000 \$);
- assurance vie additionnelle de la personne adhérente (conditionnelle à la participation de 25 000 \$ en vertu de l'assurance vie de base de la personne adhérente);
- assurance vie de base des personnes à charge (Option 1 ou Option 2, telles que décrites au point 6.3);
- assurance vie additionnelle de la personne conjointe (conditionnelle à la participation de 20 000 \$ de l'Option 2 pour la personne conjointe en vertu de l'assurance vie de base des personnes à charge).

c) *Droit de retrait*

La personne adhérente bénéficie d'un délai maximal de 180 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du montant de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente pour faire une demande de retrait de cette protection auprès de l'employeur en complétant le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement ».

Si l'employeur reçoit la demande de retrait :

i) Dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

L'assurance vie de base de la personne adhérente cesse à la date à laquelle elle est entrée en vigueur.

ii) Plus de 60 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

L'assurance vie de base de la personne adhérente cesse le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

iii) Plus de 180 jours après la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

Le montant minimal de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente demeure en vigueur et le droit de retrait n'est plus applicable.

1.4 Entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes

Pour que l'assurance en vertu de chacun des régimes entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates spécifiées dans les tableaux ci-après, la personne employée doit être en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi à cette date; sinon, l'assurance prend effet à la date de son retour au travail.

Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), les délais de 60 jours et de 180 jours indiqués dans les tableaux qui suivent s'appliquent à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

1.4.1 Date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes d'assurance maladie, de soins dentaires, d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée

Régime	Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur	
	Dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 60 jours après la date d'admissibilité
Assurance maladie	<p>L'assurance en vertu du régime choisi (régime de base obligatoire seulement ou régime de base obligatoire combiné à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs) entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial).</p> <p>Si la personne employée a demandé de s'exempter de participer au régime d'assurance maladie, l'exemption entre en vigueur à la date d'admissibilité.</p>	<p>Le régime de base obligatoire est octroyé par défaut avec un statut de protection individuel, à compter de la date d'admissibilité.</p> <p>a) Si la personne employée a demandé le statut de protection monoparental ou familial, celui-ci est accordé dans le régime de base obligatoire à compter du premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur;</p> <p>b) Si la personne employée a demandé de s'exempter de participer au régime d'assurance maladie, l'exemption entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur;</p> <p>c) Si la personne employée a demandé de participer à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs, l'assurance en vertu du régime choisi entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.</p>

Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur		
Régime	Dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 60 jours après la date d'admissibilité
Assurance soins dentaires	L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial).	L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur, selon le statut de protection requis (individuel, monoparental ou familial).
	<p>Note : le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) peut être différent de celui choisi pour le régime d'assurance maladie.</p> <p>Une personne employée qui est exemptée de participer au régime d'assurance maladie peut tout de même participer à l'assurance soins dentaires.</p>	
Assurance salaire de courte durée	L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité.	
Assurance salaire de longue durée	L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité.	

1.4.2 Date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu du régime d'assurance vie

Protection	Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur		
	Dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 60 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'admissibilité	Plus de 180 jours après la date d'admissibilité
Assurance vie de base de la personne adhérente	Un montant de protection de 10 000 \$ ou de 25 000 \$, au choix de la personne adhérente, entre en vigueur à la date d'admissibilité, sous réserve du droit de retrait.	Un montant de protection de 10 000 \$ entre en vigueur à la date d'admissibilité. Un montant de protection de 25 000 \$, au choix de la personne adhérente, entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.	Un montant de protection de 10 000 \$ entre en vigueur à la date d'admissibilité. Un montant de protection de 25 000 \$ est assujéti à la présentation de preuves d'assurabilité. Ce montant entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur			
Protection	Dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 60 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'admissibilité	Plus de 180 jours après la date d'admissibilité
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	<p>La personne adhérente peut choisir un montant de protection de 25 000 \$ ou de 50 000 \$ (1 ou 2 tranches de 25 000 \$) sans preuves d'assurabilité. Le montant choisi entre en vigueur à la date d'admissibilité.</p> <p>Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ (de 3 à 9 tranches de 25 000 \$) sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.</p>	<p>La personne adhérente peut choisir un montant de protection de 25 000 \$ ou de 50 000 \$ (1 ou 2 tranches de 25 000 \$) sans preuves d'assurabilité. Le montant choisi entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.</p> <p>Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ (de 3 à 9 tranches de 25 000 \$) sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.</p>	Tous les montants de protection (de 1 à 9 tranches de 25 000 \$) sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur			
Protection	Dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 60 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'admissibilité	Plus de 180 jours après la date d'admissibilité
Assurance vie de base des personnes à charge (Option 1 ou Option 2)	L'assurance est disponible sans preuves d'assurabilité et entre en vigueur à la date d'admissibilité.	L'assurance est disponible sans preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.	L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.
Note : la personne adhérente peut participer à l'assurance vie de base des personnes à charge même si elle a exercé son droit de retrait pour l'assurance vie de base de la personne adhérente.			
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	<p>L'assurance est disponible seulement si l'assurance vie de base des personnes à charge (montant de protection de 20 000 \$ de l'Option 2 pour la personne conjointe) est en vigueur.</p> <p>La personne adhérente peut demander de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle pour la personne conjointe. Cette assurance est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.</p>		

1.5 Changement de statut de protection

1.5.1 Augmentation du statut de protection

Le statut **individuel** protège la personne employée seulement.

Le statut **monoparental** protège la personne employée et ses enfants à charge.

Le statut **familial** protège la personne employée, sa personne conjointe et leurs enfants à charge, s'il y a lieu.

a) *Régime d'assurance maladie*

La personne adhérente peut augmenter son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection individuel pour un statut de protection monoparental ou familial;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut de protection familial.

L'augmentation du statut de protection ne peut se faire qu'à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

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

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

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime d'assurance maladie peut être différent de celui choisi pour le régime de soins dentaires, s'il y a lieu.

Entrée en vigueur du nouveau statut de protection

- i) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 60 jours suivant l'événement permettant l'augmentation du statut de protection :

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement.

- ii) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » plus de 60 jours suivant l'événement permettant l'augmentation du statut de protection :

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Veillez noter que le nouveau statut de protection entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment en i) et ii) si, à cette date :

- la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi;
ou
- la personne employée n'est pas en service ou n'est pas en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi, mais démontre que les nouvelles personnes à charge qu'elle désire couvrir en vertu de ce régime ne sont pas admissibles à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments;

sinon, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de son retour au travail.

b) *Régime de soins dentaires*

La personne adhérente peut augmenter son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection individuel pour un statut de protection monoparental ou familial;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut de protection familial.

L'augmentation du statut de protection ne peut se faire qu'à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage ou l'union civile;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance, l'adoption ou la prise en charge d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- l'obtention d'un statut d'emploi régulier, selon la convention collective applicable.

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

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime de soins dentaires peut être différent de celui choisi pour le régime d'assurance maladie, s'il y a lieu.

Entrée en vigueur du nouveau statut de protection

- i) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 60 jours suivant l'événement permettant l'augmentation du statut de protection :

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement.

- ii) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » plus de 60 jours suivant l'événement permettant l'augmentation du statut de protection :

Le nouveau statut de protection entre en vigueur au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Veillez noter que le nouveau statut de protection entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment en i) et ii) si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi. Sinon, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date du retour au travail à temps plein de la personne employée.

1.5.2 Diminution du statut de protection

a) Régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut diminuer son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection familial pour un statut de protection monoparental ou individuel;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut de protection individuel.

La diminution du statut de protection ne peut se faire qu'à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- la séparation, le divorce ou le décès de la personne conjointe;
- la fin d'admissibilité ou le décès des enfants à charge;
- l'admissibilité à l'assurance de la personne conjointe.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à son employeur.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime d'assurance maladie peut être différent de celui choisi pour le régime de soins dentaires, s'il y a lieu.

Toutefois, au Québec, conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments*, la personne adhérente doit assurer sa personne conjointe et ses enfants à charge, s'il y a lieu, en vertu de la garantie d'assurance médicaments. Comme cette garantie fait partie du régime d'assurance maladie, la protection détenue par la personne adhérente dans le régime choisi (régime de base obligatoire ou régime de base obligatoire combiné à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs) doit être conforme à l'exigence de la loi en cette matière. Ainsi, toutes les personnes assurées doivent être protégées par le même régime d'assurance maladie.

Important

La personne adhérente doit s'assurer de faire le nécessaire auprès de son employeur afin que Beneva soit avisée de toute modification concernant ses personnes à charge. Le statut de protection qu'elle détient pour ce qui est du régime d'assurance maladie (individuel, monoparental ou familial) doit correspondre à sa situation familiale actuelle, selon la définition de « personne à charge » prévue au point 1.1.22, si elle veut éviter de payer des primes inutilement.

b) *Régime de soins dentaires*

La personne adhérente peut diminuer son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection familial pour un statut de protection monoparental ou individuel;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut de protection individuel.

La diminution du statut de protection ne peut se faire qu'à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- la séparation, le divorce ou le décès de la personne conjointe;
- la fin d'admissibilité ou le décès des enfants à charge;
- l'admissibilité à l'assurance de la personne conjointe;
- l'obtention d'un statut d'emploi régulier, selon la convention collective applicable.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à son employeur.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime de soins dentaires peut être différent de celui choisi pour le régime d'assurance maladie, s'il y a lieu.

1.6 Changement de protection

1.6.1 Ajout de protection

La période minimale de participation est de 24 mois pour chacun des regroupements complémentaires facultatifs du régime d'assurance maladie et de 48 mois pour le régime de soins dentaires.

a) *Régime d'assurance maladie*

La personne adhérente peut bonifier sa couverture du régime d'assurance maladie en tout temps en participant à un ou à plusieurs **regroupements complémentaires facultatifs**.

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

Entrée en vigueur du changement demandé

Le changement demandé entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Le changement demandé entre en vigueur à la date spécifiée précédemment si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi; sinon, à la date de son retour au travail à temps plein, à moins que les choix soient faits dans le cadre d'une fin d'exemption.

b) *Régime de soins dentaires*

La personne adhérente peut ajouter la protection de soins dentaires en tout temps.

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

Entrée en vigueur du changement demandé

Le changement demandé entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Le changement demandé entre en vigueur à la date spécifiée précédemment si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi; sinon, à la date de son retour au travail à temps plein.

c) *Régime d'assurance vie*

La personne adhérente peut augmenter sa protection de la façon suivante :

- adhérer à l'assurance vie de base de la personne adhérente, si elle n'était pas couverte;
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie de base de la personne adhérente (de 10 000 \$ à 25 000 \$);
- adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, si le montant de protection de 25 000 \$ en assurance vie de base de la personne adhérente est déjà en vigueur;
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;
- adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge (Option 1 ou Option 2);
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie de base des personnes à charge (de l'Option 1 à l'Option 2);
- adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, si le montant de protection de 20 000 \$ de l'Option 2 pour la personne conjointe en assurance vie de base des personnes à charge est déjà en vigueur;
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

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

Entrée en vigueur du changement demandé

i) Si l'employeur reçoit la demande de changement dans les 60 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance, l'adoption ou la prise en charge d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- le décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge;
- l'obtention d'un statut d'emploi régulier, selon la convention collective applicable.

Les montants de protection de 10 000 \$ ou de 25 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente, le montant de protection de 50 000 \$ de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente ainsi que les montants de protection prévus aux options 1 et 2 de l'assurance vie de base des personnes à charge sont disponibles sans preuves d'assurabilité et **l'assurance entre en vigueur à la date de l'événement.**

Les montants de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est toujours assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

ii) Si l'employeur reçoit la demande de changement plus de 60 jours et moins de 180 jours inclusivement après les événements décrits précédemment :

Les montants de protection de 10 000 \$ ou de 25 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente, le montant de protection de 50 000 \$ de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente ainsi que les montants de protection prévus aux options 1 et 2 de l'assurance vie de base des personnes à charge sont disponibles sans preuves d'assurabilité et **l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.**

Les montants de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est toujours assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

iii) Si l'employeur reçoit la demande de changement plus de 180 jours après les événements décrits précédemment ou en l'absence de tels événements :

Des preuves d'assurabilité sont exigées et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

Le changement demandé entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi; sinon, à la date de son retour au travail à temps plein.

1.6.2 Retrait de protection

a) *Régime d'assurance maladie*

La personne adhérente peut réduire sa couverture du régime d'assurance maladie en cessant de participer à un ou à plusieurs regroupements complémentaires facultatifs.

La personne adhérente doit avoir complété la période minimale de participation de 24 mois aux regroupements complémentaires facultatifs sélectionnés avant de pouvoir effectuer une réduction du régime d'assurance maladie. Une fois cette période complétée, la personne adhérente a le choix de conserver ou non les regroupements complémentaires facultatifs sélectionnés. Chaque regroupement complémentaire facultatif a sa propre période minimale de participation de 24 mois.

La personne adhérente peut également mettre fin à sa participation à un ou des regroupements complémentaires facultatifs sans avoir atteint la période minimale de participation de 24 mois lors de la survenue d'un événement de vie admissible.

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

Événements de vie admissibles permettant la fin de participation à un regroupement sans avoir atteint le délai de 24 mois

Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 60 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance, l'adoption ou la prise en charge d'un enfant;
- la fin d'admissibilité ou le décès des enfants à charge;
- la cessation de l'assurance ou le décès de la personne conjointe;
- l'obtention d'un statut d'emploi régulier, selon la convention collective applicable.

Le changement demandé entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

b) *Régime de soins dentaires*

La personne adhérente peut mettre fin à sa participation au régime de soins dentaires.

La personne adhérente doit avoir complété la période minimale de participation de 48 mois avant de pouvoir mettre fin au régime de soins dentaires.

La personne adhérente peut également mettre fin à sa participation au régime sans avoir atteint la période minimale de participation de 48 mois lors de la survenue d'un événement de vie admissible.

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

Événements de vie admissibles permettant la fin de participation au régime sans avoir atteint le délai de 48 mois

Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 60 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance, l'adoption ou la prise en charge d'un enfant;
- la fin d'admissibilité ou le décès des enfants à charge;
- la cessation de l'assurance ou le décès de la personne conjointe;
- l'obtention d'un statut d'emploi régulier, selon la convention collective applicable.

Le changement demandé entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

c) *Régime d'assurance vie*

La personne adhérente peut réduire sa protection de la façon suivante :

- mettre fin à l'assurance vie de base de la personne adhérente, sous réserve du respect du délai pour la réception de la demande de retrait indiqué au point 1.3.5 c);
- réduire le montant de protection de l'assurance vie de base de la personne adhérente, sous réserve du maintien d'un montant minimal de protection de 10 000 \$;
- mettre fin à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;

- réduire le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;
- mettre fin à l'assurance vie de base des personnes à charge et à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, s'il y a lieu;
- réduire le montant de protection de l'assurance vie de base des personnes à charge et mettre fin à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, s'il y a lieu;
- réduire le montant de protection de l'assurance vie de base des personnes à charge;
- réduire le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- mettre fin à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à son employeur.

La fin de participation à une protection ou le nouveau montant de protection entrent en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur, sauf :

- si l'employeur reçoit la demande de fin de participation relative à l'assurance vie de base des personnes à charge ou à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, s'il y a lieu, dans les 60 jours suivant le décès d'un enfant à charge ou de la personne conjointe; l'assurance prend alors fin à la date du décès;
- pour une personne adhérente qui participe uniquement au montant minimal de protection de 10 000 \$ en vertu de l'assurance vie de base de la personne adhérente : si l'employeur reçoit la demande de retrait dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur de ce montant de protection, l'assurance prend alors fin à la date à laquelle ce montant est entré en vigueur.

1.7 Fin de protection

1.7.1 Personne adhérente

a) *Tous les régimes*

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de toute personne adhérente prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- la date de fin du contrat d'assurance collective;
- la date d'expiration du délai prévu au contrat en cas de non-paiement de primes;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite;
- la date à laquelle le syndicat auquel elle appartient cesse de participer au régime;
- la date de la retraite.

b) *Régime d'assurance maladie*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle le début d'exemption entre en vigueur pour le régime concerné;
- la date à laquelle l'exonération des primes prend fin, à moins que la personne adhérente continue d'être admissible à l'assurance et qu'elle acquitte la prime payable.

c) *Régime de soins dentaires*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle débute la période de primes qui suit la date de réception de la demande de terminaison de participation de la personne adhérente au régime chez l'employeur, sous réserve de la période minimale de participation décrite au point 1.3.2 b);
- la date à laquelle l'exonération des primes prend fin, à moins que la personne adhérente continue d'être admissible à l'assurance et qu'elle acquitte la prime payable;
- la date à laquelle débute la couverture de la personne adhérente au régime de soins dentaires obligatoire de sa personne conjointe.

d) *Régime d'assurance salaire de courte durée*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle elle cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite. Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de 10 mois, qui est assurée pendant au moins une journée au cours des mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, l'assurance prend fin à 23 h 59 le 31 août de la même année;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 70 ans;
- la date à laquelle le droit de renonciation entre en vigueur conformément aux critères décrits au point 1.3.3 b).

e) *Régime d'assurance salaire de longue durée*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans;
- la date à laquelle le droit de renonciation entre en vigueur conformément aux critères décrits au point 1.3.4 b).

f) *Régime d'assurance vie*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle les dispositions d'exonération des primes prennent fin sans que la personne adhérente cesse d'être invalide;
- la date à laquelle le retrait de l'assurance vie de base de la personne adhérente entre en vigueur comme décrit au point 1.3.5 c).

1.7.2 **Personne à charge**

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

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- pour un régime ou une protection donnés : le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de la demande de mettre fin à l'assurance de la personne à charge;
- pour les protections d'assurance vie de la personne conjointe : la date du décès de la personne conjointe si l'employeur ou Beneva reçoit l'avis de décès ou traite la prestation de décès dans les 60 jours suivant la date du décès; sinon, le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur ou de la réception de l'avis de décès par Beneva;

- pour la protection d'assurance vie des enfants à charge : la date du décès d'un enfant à charge si l'employeur reçoit la demande de fin de participation à la protection dans les 60 jours suivant la date du décès; sinon, le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur;
- la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge au sens des régimes d'assurance maladie, de soins dentaires et d'assurance vie;
- la date du décès de la personne adhérente.

1.8 Exonération des primes

1.8.1 Début de l'exonération (tous les régimes)

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur en vertu du contrat et qu'elle le demeure de façon continue pendant plus de 52 semaines consécutives, elle demeure assurée sans paiement de primes à compter de la première journée ouvrable de la période de primes qui suit la 52^e semaine consécutive d'invalidité totale.

1.8.2 Fin de l'exonération - régimes d'assurance maladie et de soins dentaires

Pour les invalidités totales ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2006, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

- a) le dernier jour d'une période de 36 mois d'exonération pour une même période d'invalidité totale, mais sans dépasser le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale;
- c) la date de terminaison du contrat d'assurance collective.

Pour les invalidités totales ayant débuté entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2019, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

- a) pour la personne devenue totalement invalide **avant d'avoir atteint l'âge de 56 ans** : le jour de son 60^e anniversaire de naissance;
- b) pour la personne devenue totalement invalide **après avoir atteint l'âge de 56 ans** : la date à laquelle elle a bénéficié de 36 mois d'exonération pour la période d'invalidité totale en cours, mais sans dépasser le jour de son 65^e anniversaire de naissance;
- c) la date de la fin de sa période d'invalidité totale;
- d) la date de terminaison du contrat d'assurance collective.

Pour les invalidités totales ayant débuté le 1^{er} janvier 2020 ou après, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **dernière** des dates suivantes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

- a) le jour où la personne adhérente devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle;
- b) la date à laquelle elle a bénéficié de 36 mois d'exonération pour la période d'invalidité totale en cours, mais sans dépasser le jour de son 65^e anniversaire de naissance. Toutefois, si la personne adhérente reçoit une rémunération de son employeur à la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans, l'exonération se termine à la date de la dernière journée de rémunération.

Cette date ne peut toutefois en aucun cas excéder la **première** des dates suivantes :

- c) la date de la fin de sa période d'invalidité totale;
- d) la date de terminaison du contrat d'assurance collective.

Lorsque l'exonération des primes du régime d'assurance maladie prend fin, et ce, sans égard à la date du début de l'invalidité, la personne adhérente totalement invalide se trouve dans l'une des deux situations suivantes, selon le cas :

- a) Si elle est toujours une personne employée admissible au régime d'assurance maladie en raison du maintien de son lien d'emploi, elle doit maintenir sa participation et payer les primes requises.
- b) Si elle n'est plus admissible au régime d'assurance maladie, elle devient admissible au régime d'assurance maladie du Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) – ASSUREQ. Pour les détails, voir la section 9.

1.8.3 Fin de l'exonération – régime d'assurance salaire de courte durée

L'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour le régime d'assurance salaire de courte durée :

- a) le jour de son 70^e anniversaire de naissance;
- b) la date de fin de sa période d'invalidité totale; à cette fin, l'invalidité totale est réputée prendre fin à la date à laquelle la personne adhérente cesse ou refuse de fournir à Beneva des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

1.8.4 Fin de l'exonération – régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie

Pour les invalidités totales ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2006, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie :

- a) le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale.

Pour les invalidités totales ayant débuté le 1^{er} janvier 2006 ou après, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie :

- a) le jour de son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale.

Lorsque l'exonération des primes d'assurance vie prend fin, et ce, sans égard à la date du début de l'invalidité, la personne adhérente totalement invalide se trouve dans l'une des deux situations suivantes, selon le cas :

- a) Si elle est toujours une personne employée admissible au régime d'assurance vie en raison du maintien de son lien d'emploi, elle doit maintenir sa participation et payer les primes requises, sous réserve des dispositions prévues au point 1.3.5.
- b) Si elle n'est plus admissible au régime d'assurance vie, elle devient admissible au régime d'assurance vie du Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) – ASSUREQ. Pour les détails, voir la section 9.

1.8.5 Période où la personne adhérente invalide reçoit 100 % ou plus de sa rémunération

L'exonération des primes est suspendue pendant une période pour laquelle la personne adhérente invalide reçoit, pour un travail accompli, l'équivalent de 100 % ou plus de la rémunération qui lui était versée avant le début de l'invalidité.

1.9 Congé sans traitement et suspension sans traitement

1.9.1 Congé sans traitement et suspension sans traitement de 30 jours ou moins

La personne adhérente demeure assurée pour l'ensemble des garanties si les primes continuent à être versées.

1.9.2 Congé sans traitement et suspension sans traitement de plus de 30 jours

1.9.2.1 Maintien des régimes

- a) Lors d'un congé sans traitement ou d'une suspension sans traitement, la personne adhérente doit choisir l'une des 3 options suivantes :
 - conserver l'ensemble des régimes détenus avant le congé sans traitement ou la suspension sans traitement;
 - conserver le régime d'assurance maladie détenu avant le congé sans traitement ou la suspension sans traitement seulement;
 - conserver le régime de base obligatoire d'assurance maladie seulement.
- b) Le choix effectué s'applique pour la durée du congé sans traitement ou la suspension sans traitement et aussi longtemps que la personne adhérente continue d'être admissible à l'assurance, pourvu qu'elle en avise son employeur dans les 30 jours suivant la date du début de son congé ou de sa suspension et que la prime payable soit acquittée. **Toutefois, pour les personnes employées de centres de services scolaires ou de commissions scolaires, le choix doit être indiqué à même la facture individuelle qui leur est transmise par Beneva.**
- c) Toute personne adhérente en congé sans traitement ou en suspension sans traitement qui a choisi de ne conserver que le régime d'assurance maladie détenu ou le régime de base obligatoire se voit octroyer, à la date de son retour effectif au travail, les régimes qu'elle détenait avant son congé sans traitement ou sa suspension sans traitement.

1.9.2.2 Invalidité lors d'un congé sans traitement ou d'une suspension sans traitement

- Si une invalidité survient pendant un congé sans traitement ou une suspension sans traitement et que tous les régimes sont maintenus, l'invalidité est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail.

- Si la personne adhérente a choisi de ne conserver que le régime d'assurance maladie détenu ou le régime de base obligatoire, aucune invalidité survenant au cours du congé sans traitement ou de la suspension sans traitement n'est reconnue. Seul le régime d'assurance maladie détenu ou le régime de base obligatoire est maintenu jusqu'à la date de son retour effectif au travail, à partir de laquelle la personne adhérente se voit octroyer les régimes qu'elle détenait avant son congé ou sa suspension. Pour l'exonération des primes du régime d'assurance maladie détenu ou du régime de base obligatoire, l'invalidité est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail.

1.10 Autres congés

Types de congés		
Régime	<ul style="list-style-type: none"> - Congé partiel sans traitement - Retraite progressive - Congé à traitement différé 	<ul style="list-style-type: none"> - Congé lié aux droits parentaux avec rémunération (congé de maternité, de paternité ou d'adoption) - Retrait préventif
Assurance maladie, soins dentaires, assurance vie	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir l'ensemble des régimes détenus 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir l'ensemble des régimes détenus
Assurance salaire de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas de réduction de tâche ou de congé • Pour le congé à traitement différé : la prime payable est établie selon les dispositions de la convention collective applicable 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du traitement qui s'applique immédiatement avant le congé • Une invalidité qui commence pendant le congé est considérée comme débutant à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail ou à la date de fin du retrait préventif
Assurance salaire de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas de réduction de tâche ou de congé • Si une invalidité survient durant cette période, le montant de la rente est établi sur la base du traitement annuel qui s'appliquerait à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale s'il n'y avait pas de réduction de tâche ou de congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du traitement qui s'applique immédiatement avant le congé • Une invalidité qui commence pendant le congé est considérée comme débutant à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail ou à la date de fin du retrait préventif

Libération syndicale avec traitement

La personne adhérente qui retourne effectivement au travail après avoir bénéficié d'une libération syndicale avec traitement dans le but d'exercer à temps plein une fonction au sein de l'exécutif de la CSQ ou au sein de l'exécutif d'une de ses fédérations doit en informer Beneva par écrit. Elle peut alors obtenir le même montant d'assurance vie qu'elle détenait avant sa période de libération syndicale ou un montant plus élevé, sans toutefois que le montant total de son assurance vie dépasse le montant total qu'elle détenait pendant sa période de libération syndicale.

1.11 Mise à pied ou fin de contrat

1.11.1 Maintien des régimes

- a) Lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, la personne adhérente doit choisir l'une des 3 options suivantes :
- conserver l'ensemble des régimes détenus avant sa mise à pied ou la fin de son contrat;
 - conserver le régime d'assurance maladie détenu avant sa mise à pied ou la fin de son contrat;
 - conserver le régime de base obligatoire d'assurance maladie seulement.
- b) Sous réserve des dispositions prévues au point 1.11.4, le choix effectué s'applique pour une durée de 120 jours, 90 jours ou 50 jours selon la fédération et la catégorie de personnel (voir le point 1.11.3 et 1.11.4) à compter de la date de sa mise à pied ou la fin de son contrat, pourvu que la personne employée fasse une demande écrite à son employeur dans les 30 jours suivant cette date et que la prime payable soit acquittée. **Pour les personnes employées de centres de services scolaires ou de commissions scolaires, le choix doit être indiqué à même la facture individuelle qui leur est transmise par Beneva.**
- c) Aucune personne employée dont le contrat est renouvelé, ou à qui un nouveau contrat est offert chez le même employeur ou un nouvel employeur à l'intérieur d'une période de 120 jours, 90 jours ou 50 jours selon la fédération et la catégorie de personnel (voir le point 1.11.3 et 1.11.4) suivant la date de sa mise à pied ou de sa fin de contrat, ne doit être considérée comme une nouvelle personne employée aux fins de l'admissibilité aux régimes. Sous réserve des dispositions prévues au point 1.14.1, les régimes applicables à la date de sa mise à pied ou à la fin de son contrat sont alors remis en vigueur à sa date de réengagement. Les primes correspondant à ces protections sont payables à compter de la période de primes coïncidant avec ou suivant immédiatement sa date de réengagement.
- d) Si, à la fin de la période de 120 jours, 90 jours ou 50 jours selon la fédération et la catégorie de personnel (voir le point 1.11.3 et 1.11.4), la personne adhérente n'a pas repris son emploi, l'ensemble de ses régimes prend fin.

1.11.2 Particularités pour les enseignantes et enseignants de centres de services scolaires ou de commissions scolaires

- a) La disposition prévue précédemment au point 1.11.1 c) est remplacée par celle décrite au point 1.14.1.
- b) Les enseignantes et enseignants des centres de services scolaires ou des commissions scolaires terminant leur contrat au cours des mois de mai, juin, juillet et août voient leur protection maintenue jusqu'au 31 août. La période de 50 jours prévue précédemment débute donc le 1^{er} septembre.

1.11.3 Particularité pour les membres de la Fédération du personnel de soutien scolaire et le personnel de soutien membre de la Fédération des syndicats de l'enseignement

Sous réserve des dispositions prévues au point 1.11.4, le choix effectué en vertu du point 1.11.1 s'applique pour une durée de 90 jours à compter de la date de sa mise à pied ou la fin de son contrat, pourvu que la personne employée fasse une demande à son employeur dans les 30 jours suivant cette date et que la prime payable soit acquittée. **Pour les personnes employées de centres de services scolaires ou de commissions scolaires, le choix doit être indiqué à même la facture individuelle qui leur est transmise par Beneva.**

1.11.4 Particularité pour les enseignants membres de la Fédération des syndicats de l'enseignement

Sous réserve des dispositions prévues au point 1.11.4, le choix effectué en vertu du point 1.11.1 s'applique pour une durée de 50 jours à compter de la date de sa mise à pied ou la fin de son contrat, pourvu que la personne employée fasse une demande à son employeur dans les 30 jours suivant cette date et que la prime payable soit acquittée.

1.11.5 Invalidité suivie d'une mise à pied ou d'une fin de contrat

- a) La personne adhérente qui devient invalide a le droit de maintenir sa participation aux régimes, même si elle est par la suite mise à pied ou que son contrat n'est pas renouvelé. La personne invalide dans cette situation doit cependant communiquer avec Beneva à compter de la date de sa fin d'emploi. Beneva prend alors des arrangements directement avec elle afin de lui permettre de conserver son droit à l'exonération des primes, s'il y a lieu.
- b) Aucune invalidité survenant après la date de la mise à pied ou de la fin de contrat n'est reconnue aux fins des régimes pour lesquels la participation n'a pas été maintenue.

1.11.6 Prolongation supplémentaire de 2 ans pour le régime d'assurance vie

La personne adhérente qui, lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, a maintenu sa participation au régime d'assurance vie au cours de la période prévue de 120 jours, 90 jours ou 50 jours selon la fédération et la catégorie de personnel peut prolonger le maintien de sa protection d'assurance vie pour une période additionnelle maximale de 2 ans. Elle doit alors transmettre sa demande par écrit à Beneva au cours des 31 jours qui suivent la fin de la période de 120 jours, 90 jours ou 50 jours et continuer à acquitter la prime requise.

1.12 Congédiement, non-réengagement et renvoi

- a) Dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contestés par grief, la personne adhérente doit choisir l'une des 3 options suivantes :
- conserver l'ensemble des régimes détenus, sauf les régimes d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contestés par grief;
 - conserver le régime d'assurance maladie détenu avant le congédiement, le non-réengagement ou le renvoi;
 - conserver le régime de base obligatoire d'assurance maladie seulement.
- b) La personne adhérente qui ne peut s'entendre avec son employeur pour payer la prime totale par l'intermédiaire de ce dernier doit la payer directement à Beneva. Le recours à ce mode de paiement doit être demandé par écrit à Beneva dans les 90 jours qui suivent la date du congédiement, du non-réengagement ou du renvoi.
- c) Le choix effectué selon les dispositions prévues au point 1.12 a) s'applique jusqu'à ce que la décision relative à la contestation soit rendue. Toutefois, la participation aux régimes d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée ne peut être rétablie tant que la décision finale portant sur le grief n'est pas connue ou tant qu'il n'y a pas d'entente entre les parties avant la décision arbitrale.
- d) Si la décision finale est favorable et que la personne adhérente est effectivement réintégrée dans son poste :
- Dans le cas où la personne adhérente n'a conservé que le régime d'assurance maladie détenu ou le régime de base obligatoire d'assurance maladie, Beneva rétablit à la date de son retour au travail les régimes auxquels elle participait immédiatement avant le congédiement, le non-réengagement ou le renvoi;
 - Dans le cas où la personne adhérente a conservé l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant l'événement concerné, la participation aux régimes d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée est rétablie rétroactivement à la date de l'événement et les primes exigibles doivent alors être payées rétroactivement à cette même date. Toute invalidité totale ayant débuté entre cette même date et la date de la décision finale est reconnue.
- e) Si la décision finale n'est pas favorable à la personne adhérente, l'assurance conservée en vertu des dispositions prévues au point 1.12 a) se termine à la fin de toute procédure de grief ou procédure légale de la part des deux parties impliquées.

1.13 Droit de transformation

1.13.1 Régime d'assurance maladie

Pendant que ce régime est en vigueur, toute personne adhérente dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'y être admissible pour une autre raison que la retraite ou la fin de l'exonération des primes peut, sans preuves d'assurabilité, obtenir un contrat individuel d'assurance maladie **sans garantie d'assurance médicaments** aux taux et conditions fixés par Beneva. Pour ce faire, la personne adhérente doit signifier par écrit à Beneva avant la fin de son assurance en vertu du régime d'assurance maladie, ou au cours des 31 jours qui suivent cette date, son intention d'exercer son droit de transformation. Sur réception de la proposition de Beneva, la personne adhérente a 15 jours pour lui faire parvenir son acceptation écrite et la première prime du contrat proposé. Le droit de transformation s'applique également aux personnes à charge assurées.

1.13.2 Régime d'assurance vie

a) Toute personne adhérente qui, pendant que le régime d'assurance vie est en vigueur, cesse d'être admissible à l'assurance pour une autre raison que la fin du contrat d'assurance collective ou la fin de l'exonération des primes peut obtenir, sans preuves d'assurabilité et aux taux et conditions fixés par Beneva, l'un des types de contrats individuels d'assurance vie suivants :

- un contrat d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans;
- un contrat d'assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée au point ci-dessus.

La personne adhérente doit signifier à Beneva avant la fin de son assurance en vertu du régime d'assurance vie, ou au cours des 31 jours qui suivent cette date, son intention d'exercer son droit de transformation.

b) Advenant un décès durant la période précitée de 31 jours alors que la personne adhérente n'a pas informé Beneva de ses intentions, le droit de transformation est réputé avoir été exercé pour un montant égal au montant de protection que la personne adhérente détenait en vertu du régime d'assurance vie.

c) L'assurance en vertu du contrat individuel entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- la date de la demande de transformation;
- la date de la fin de l'assurance en vertu du régime d'assurance vie.

- d) La prime de la première année du contrat individuel ne peut être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime du contrat individuel est une prime uniforme. Cette prime est déterminée selon l'âge atteint et l'emploi de la personne adhérente lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle.
- e) Le montant d'assurance vie transformé ne peut être inférieur au montant prévu dans les règlements généraux de Beneva, ni supérieur au montant d'assurance vie détenu en vertu du régime d'assurance vie. Dans le cas d'une personne employée qui adhère au régime d'assurance collective des personnes retraitées, le montant transformé ne peut être supérieur à la différence entre le montant détenu en vertu du régime d'assurance vie et le montant de protection maximal qu'elle peut choisir en vertu du régime d'assurance vie des personnes retraitées.
- f) Le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- g) Pendant que le régime d'assurance vie est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'y être admissible pour une autre raison que la fin du contrat d'assurance collective peut exercer son droit de transformation jusqu'à concurrence du montant de protection qu'elle détient en vertu du régime d'assurance vie, et ce, aux mêmes conditions que la personne adhérente.

1.14 Dispositions particulières pour certaines catégories de personnel

1.14.1 Enseignantes et enseignants de centres de services scolaires ou de commissions scolaires (renouvellement de contrat)

Nouveau contrat	En plus des dispositions prévues au contrat d'assurance collective, les dispositions particulières décrites ci-après s'appliquent lorsqu'une enseignante ou un enseignant de centres de services scolaires ou de commissions scolaires signe un nouveau contrat auprès du même centre de services scolaire ou de la même commission scolaire ou d'un nouveau centre de services scolaire ou d'une nouvelle commission scolaire dans un emploi le rendant admissible à l'assurance collective. Dans ce cas, la date de prise d'effet du nouveau contrat détermine la date de début de l'assurance en vertu des différents régimes et du prélèvement des primes.
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.14.2 Personnes salariées du secteur de la santé et des services sociaux

a) *Personne salariée*

Toute personne qui est visée par une entente nationale conclue avec un syndicat affilié à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) ou en entente de service et qui fait partie de l'une des catégories suivantes : le personnel du secteur de la santé et des services sociaux ou de toute autre institution acceptée par le preneur du contrat.

b) *Traitement annuel*

La définition de « **traitement annuel** » indiquée au point 1.1.31 est remplacée par la suivante :

« **Traitement annuel** » : la rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle selon les taux de la convention collective apparaissant aux échelles de salaire des titres d'emplois applicables à la personne salariée et majorée, s'il y a lieu, des suppléments ou autres primes prévues à la convention collective et servant au calcul de la prestation d'assurance salaire prévue à la convention collective.

Pour les personnes salariées à temps partiel, le montant est établi au prorata sur la base du temps travaillé au cours des 52 semaines de calendrier pour lesquelles aucune période de maladie, de congé annuel, de congé de maternité, de paternité, d'adoption, de retrait préventif ou de congé sans solde n'a été autorisée.

Ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines. À défaut, l'employeur considère les semaines antérieures à la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer sur 12 semaines. Dans le cas où le calcul ne peut comprendre un minimum de 12 semaines parce que la période entre la dernière date d'entrée en service de la personne salariée et la date d'invalidité ne le permet pas, ce calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

Le traitement annuel utilisé aux fins de cotisation de la prime est celui qui est défini aux paragraphes précédents, alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la prestation, tout en étant aussi celui qui est défini aux paragraphes précédents, ne peut jamais être inférieur à 14 400 \$. Cependant, si le traitement annuel défini aux paragraphes précédents est égal à 0 \$, aucune prestation d'assurance salaire de longue durée n'est payable.

c) *Participation*

La personne salariée travaillant à 25 % ou moins du temps complet et qui ne participe pas aux régimes d'assurance conformément aux dispositions de l'entente nationale n'est pas admissible aux régimes d'assurance, sauf au régime de base obligatoire d'assurance maladie.

1.14.3 Personnel de soutien des centres de services scolaires ou des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes

a) *Personne employée*

La définition de « **personne employée** » indiquée au point 1.1.26 est remplacée par la suivante :

« **Personne employée** » : toute personne salariée membre d'un syndicat affilié à la Centrale des syndicats du Québec et travaillant dans le cadre des cours de l'éducation des adultes (Ch. 10-1.00 de l'entente nationale S3).

b) *Admissibilité*

- i) Toute personne employée qui a une charge de travail hebdomadaire moyenne de 18 heures ou plus, en incluant les heures rémunérées à titre de « surveillante ou surveillant d'élèves » ou comme « salariée ou salarié de cafétéria », est admissible aux régimes d'assurance collective.
- ii) L'admissibilité aux régimes est vérifiée 2 fois par année, dont une en début d'année scolaire au mois de septembre. La personne qui se qualifie à ce moment est admissible pour la première moitié de l'année scolaire. Elle demeure admissible pour la seconde moitié de l'année scolaire dans la mesure où elle satisfait aux critères d'admissibilité lors de la deuxième vérification qui a lieu au mois de décembre.
- iii) Seule une personne admissible aux régimes au mois de septembre peut y être admissible au mois de décembre.

c) *Déclaration d'invalidité*

La personne employée absente du travail pour cause d'invalidité pendant une période de plus de 28 jours doit déclarer cette absence à Beneva pour pouvoir acquitter les primes et bénéficier de l'exonération des primes.

d) *Traitement annuel*

La définition de « **traitement annuel** » indiquée au point 1.1.31 est remplacée par la suivante :

« **Traitement annuel** » : le total du salaire réellement gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date d'une invalidité, y compris toute allocation versée à titre d'avantages sociaux et de vacances, ainsi que le revenu tiré du temps travaillé comme « personne surveillante d'élèves » ou comme « personne salariée de cafétéria ».

Si la personne employée est adhérente depuis moins de 12 mois à la date du début de son invalidité, le traitement annuel correspond au total du salaire réellement gagné depuis le début de son emploi divisé par le nombre de semaines de travail, le résultat ainsi obtenu étant multiplié par 40.

N'est pas considérée dans le calcul du traitement annuel toute période de congé parental, de maternité, sans traitement ou pour libération syndicale.

Pour tous les cas, le traitement annuel utilisé aux fins de cotisation de la prime est celui défini aux paragraphes précédents alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la rente est celui défini aux paragraphes précédents, sans toutefois jamais être inférieur à 14 400 \$.

e) *Traitement hebdomadaire*

Le traitement hebdomadaire est égal à $\frac{1}{52}^{\text{e}}$ du traitement annuel.

f) *Couverture détenue en assurance salaire de courte durée*

Le délai de carence est de 112 jours.

La rente d'assurance salaire de courte durée est égale à $66 \frac{2}{3} \%$ du salaire hebdomadaire moyen. Elle n'est pas imposable.

La rente est versée sur une base hebdomadaire, sans excéder 104 semaines à partir du début de l'invalidité. Elle est versée tant que dure l'invalidité totale, et ce, même au cours de périodes où il n'y a normalement pas de traitement versé.

Si l'invalidité survient durant une période de mise à pied, la personne invalide a droit à des prestations dans la mesure où elle aurait conservé l'ensemble de ses garanties et où elle aurait été rappelée au travail n'eût été de son invalidité, et ce, conformément à la liste de rappel. L'invalidité est alors considérée comme ayant débuté à la date où la personne employée aurait normalement dû être de retour au travail.

2- RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

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

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

Pour être admissibles, les frais qui s'appliquent à des services ou fournitures doivent être conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Lorsqu'une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée engage des frais couverts par les garanties décrites ci-après, en autant que celles-ci fassent partie du régime d'assurance maladie choisi par la personne adhérente, Beneva rembourse ces frais selon les conditions mentionnées ci-après et selon les paramètres précisés à la section « Résumé des garanties ».

Lorsqu'une ordonnance médicale est requise pour que les frais engagés soient admissibles à un remboursement, celle-ci doit indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales ou les indications thérapeutiques justifiant la prescription de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

2.1 Structure du régime

Le régime d'assurance maladie est composé d'un volet obligatoire (Régime de base) et d'un volet facultatif (Regroupements complémentaires facultatifs 1, 2, 3 et 4). Les quatre regroupements complémentaires à participation facultative offrent à la personne adhérente des garanties et des protections additionnelles. La description de ces garanties est présentée aux points 2.3, 2.4, 2.5 et 2.6 ci-après.

2.2 Frais couverts en vertu du Régime de base obligatoire

2.2.1 Médicaments et services pharmaceutiques admissibles

Tous les médicaments disponibles uniquement sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide, prescrits par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, vendus exclusivement par une pharmacienne ou un pharmacien, ou vendus par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi, sur présentation de reçus convenablement détaillés.

Les anovulants et les stérilets sont aussi admissibles.

Les injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat sont également couvertes, à condition qu'elles soient fournies et administrées par une ou un médecin à des fins curatives et non esthétiques. L'acte médical n'est pas couvert.

Les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) sont également couverts par le régime d'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un maximum global de frais admissibles par année civile, par personne assurée. Ce maximum global est déterminé et mis à jour annuellement selon les directives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

À des fins administratives seulement, les médicaments visés par cette garantie sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

Les frais engagés pour toute fourniture ou tout service pharmaceutique couvert par le RPAM sont reconnus à titre de frais couverts en vertu de la présente garantie.

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de Beneva. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminés 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.

Exclusions

Les produits suivants ne sont pas couverts :

- 1) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu d'un programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits « orphelins »;
- 2) médicaments servant au traitement de l'infertilité ou à l'insémination artificielle et qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM);
- 3) médicaments servant à traiter les problèmes de dysfonction sexuelle et qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM);
- 4) produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- 5) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

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

- 6) écrans solaires;
- 7) produits antitabac non couverts par le RPAM.

2.2.2 Mutilation accidentelle (MA)

Lorsqu'une personne assurée en vertu du régime d'assurance maladie subit l'une des pertes énumérées à la « Table des pertes » et que cette perte est causée, directement et indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes et accidentels, et survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que la personne concernée soit protégée par le régime d'assurance maladie à la date de l'accident, Beneva paie, conformément aux dispositions de ce régime, le montant prévu à la « Table des pertes » sans toutefois dépasser 50 000 \$ pour toutes les pertes relatives au même accident.

TABLE DES PERTES	
PERTE	MONTANT
• des 2 mains ou des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	50 000 \$
• d'une main et d'un pied	50 000 \$
• d'une main et de la vue d'un œil	50 000 \$
• d'un pied et de la vue d'un œil	50 000 \$
• d'une main	25 000 \$
• d'un pied	25 000 \$
• de la vue d'un œil	25 000 \$

Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ou la perte totale et irrécouvrable de leur usage; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

Exclusions

Aucune prestation d'assurance en cas de mutilation accidentelle n'est payable pour une perte due à l'une des causes suivantes :

- 1) participation active à un acte criminel;
- 2) tentative de suicide ou blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- 3) guerre, émeute ou insurrection;
- 4) service actif dans les forces armées;
- 5) voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'un aéronef, sauf si la personne assurée agit en tant que professeur de pilotage, tel que prévu dans la convention collective ou dans son contrat individuel de travail.

Bénéficiaire

Le montant de protection payable en raison de la mutilation accidentelle de la personne adhérente ou de l'une de ses personnes à charge est versé à la personne adhérente.

2.3 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 1

2.3.1 Ambulance et transport aérien

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

2.3.2 Assurance annulation de voyage

Les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, **au moment de les engager, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.**

2.3.2.1 Causes d'annulation ou d'interruption de voyage

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

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

- h) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte 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;
- i) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) **Pour l'annulation de voyage**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, dans la mesure où l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant le départ (2 heures si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres). La cause du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit une fermeture de route (les 2 dernières causes devant être appuyées par un rapport de police);
- l) des conditions atmosphériques qui sont telles :
- que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
 - que la personne assurée ne puisse effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;

- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue, de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;
- n) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- o) le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée;
- p) le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

2.3.2.2 Frais admissibles

- a) **En cas d'annulation avant le départ**, les frais admissibles sont les suivants :
 - i) la portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance;
 - ii) les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons mentionnées au point 2.3.2.1 et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler;
 - iii) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) **Si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage)**, les frais admissibles sont les suivants :

le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe (avion, autobus, train) en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination initialement prévue.

c) **Si le retour est anticipé ou retardé**, les frais admissibles sont les suivants :

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

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais 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 être approuvés au préalable par Beneva.

Restriction

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

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

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

d) **En cas de nécessité d'un transport aller-retour**, les frais admissibles sont les suivants :

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

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

2.3.2.3 Frais maximums admissibles

Les frais admissibles ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de la personne assurée.

2.3.2.4 Exclusions

- a) La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
- i) 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 par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - ii) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - iii) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - iv) 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;
 - v) 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;
 - vi) 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;
 - vii) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- b) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
 - à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;
- c) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- d) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement, s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- e) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

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

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

- f) Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

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

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

2.3.2.5 Délai pour demander l'annulation

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, la personne assurée doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre, et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, la personne assurée doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre, et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec la compagnie d'assistance voyage sont les 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 certificat paraissant sur la carte d'assurance de la personne assurée doit être fourni au moment de l'appel.

La responsabilité de Beneva est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où la personne assurée aurait dû communiquer avec la compagnie d'assistance voyage. Toutefois, la présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de Beneva, que la personne assurée et la personne conjointe sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir; le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire et la responsabilité de Beneva est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

2.3.2.6 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 la personne adhérente en ait fait la demande ou non.

Si la personne adhérente a 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 qu'elle a 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.

La personne adhérente et sa personne conjointe doivent initialement faire leurs demandes de prestations en vertu de la garantie de leur régime d'assurance collective respectif.

Si la personne adhérente et sa personne conjointe détiennent un statut de protection familial pour leur garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour leurs enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. S'ils sont séparés ou divorcés, 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 annulation de voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si la personne adhérente a droit à des prestations à la fois en vertu de cette assurance et en vertu d'une autre protection du régime d'assurance maladie, les seules prestations payables sont celles de l'assurance annulation de voyage.

2.3.3 Assurance voyage avec assistance

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

Pour être couverte par la présente garantie, la personne assurée doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

Important

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ, que son état de santé est bon et stable. La maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection :

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

il est recommandé de communiquer, avant le départ, avec la firme d'assistance voyage. La personne obtiendra ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans sa situation. Les numéros de téléphone pour joindre la firme apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par Beneva de même que dans l'encadré qui suit le point 2.3.3.3.

2.3.3.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les suivants :

- a) Les **frais d'hospitalisation** dans un hôpital où la personne assurée reçoit effectivement un traitement; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- b) Les honoraires d'une ou d'un **médecin** pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- c) Les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche par un ambulancier licencié.
- d) Les **médicaments admissibles** décrits au point 2.2.1.
- e) Les honoraires **d'une infirmière ou d'un infirmier** privé à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire. Cette infirmière ou cet infirmier ne doit être ni parent avec la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage de cette personne. Ces frais sont assujettis à un remboursement maximal de 5 000 \$ par personne assurée, par séjour.
- f) Les honoraires de **professionnelles ou de professionnels de la santé** jugés nécessaires par la firme d'assistance voyage.
- g) La location d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** ou d'un **appareil d'assistance respiratoire**.
- h) Les frais d'**analyses de laboratoire** ou d'**imagerie médicale**.
- i) L'achat de **bandages herniaires**, de **corsets**, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres** ou d'**autres appareils orthopédiques**.
- j) Les honoraires d'un **chirurgien-dentiste** pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais admissibles doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence. Seuls les frais engagés alors que la présente garantie est en vigueur sont admissibles.

- k) Les **frais de rapatriement** de la personne assurée en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être approuvés au préalable par Beneva et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de Beneva, compte tenu de l'état de la personne assurée.
- l) Le coût du **transport aérien** aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être approuvés au préalable par Beneva. L'escorte médicale ne doit pas être un parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage de cette personne.
- m) Le coût du **retour du véhicule personnel** ou de location de la personne assurée par une agence commerciale à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche. Un certificat médical attestant qu'une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'occuper du véhicule est exigé. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 \$. L'autorisation préalable de Beneva est requise.
- n) En cas de **décès** de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au lieu de résidence de la personne assurée au Canada, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$; ces frais doivent être approuvés au préalable par Beneva.
- o) Les **frais d'hébergement et de repas**, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'une compagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par jour et de 2 400 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées en vertu de la présente garantie.
- p) Les **frais d'hébergement** et de **repas** dans un établissement commercial ainsi que le coût du **transport** aller et retour d'un proche parent ou d'un ami, par le moyen le plus économique, dans le but de visiter la personne assurée hospitalisée depuis au moins 7 jours ou d'identifier la personne assurée décédée, sous réserve des remboursements maximaux suivants pour l'ensemble des personnes assurées en vertu de la présente garantie :
- pour le transport : 2 500 \$ par séjour;
 - pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

L'autorisation préalable de Beneva est requise.

- q) Les services d'assistance voyage suivants :
- 1) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
 - 2) vérifier la couverture de la protection médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire;
 - 3) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
 - 4) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
 - 5) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlements;
 - 6) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
 - 7) si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
 - 8) si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
 - 9) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée;
 - 10) servir d'interprète pour les appels d'urgence;
 - 11) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris);
 - 12) si nécessaire, garantir le paiement des frais hospitaliers engagés;
 - 13) faire les demandes de remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec au nom de la personne assurée, si cette dernière y consent.

2.3.3.2 Limitations

Si, en raison d'un accident ou d'une maladie subite, la personne assurée a besoin de services médicaux prolongés, de traitements ou d'une chirurgie et si une preuve médicale révèle qu'après avoir reçu un diagnostic ou un traitement d'urgence pour cette raison, la personne assurée aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'elle a choisi d'obtenir les services, les traitements ou la chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, Beneva ne rembourse pas les frais engagés pour ces services, ces traitements ou cette chirurgie ni aucuns autres frais qui y sont liés.

Beneva se réserve le droit de rapatrier une personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état le permet. Tout refus de rapatriement libère Beneva de toute responsabilité relativement aux frais engagés après le refus.

2.3.3.3 Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence; la présente exclusion ne s'applique toutefois pas aux frais prévus au paragraphe j) du point 2.3.3.1;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) les frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatif ou non urgent, ainsi que les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non;
- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- f) les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public ou pour des personnes assurées qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) les frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

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

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

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

- a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée ou par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
- b) une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, sans égard à son état d'esprit. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les dispositions prévues au point 2.3.3.1 n);
- c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- d) la participation à des sports de contacts physiques (ex. : sports extrêmes), la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou la participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre de professionnel à des activités sportives ou sous-marines;
- e) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

Important

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

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans tous les pays. Les services fournis peuvent être modifiés par Beneva sans préavis.

Voici les numéros de téléphone où le personnel du service d'assistance voyage peut être joint :

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

Ces numéros de téléphone apparaissent au verso de la carte d'assurance émise à la personne adhérente. Elle devra fournir son numéro de certificat au moment de l'appel.

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

2.3.3.4 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 la personne adhérente en ait fait la demande ou non.

Si la personne adhérente a 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 qu'elle a 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.

La personne adhérente et sa personne conjointe doivent initialement faire leurs demandes de prestations en vertu de la garantie de leur régime d'assurance collective respectif.

Si la personne adhérente et sa personne conjointe détiennent un statut de protection familial pour leur garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour leurs enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. S'ils sont séparés ou divorcés, 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 sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si la personne adhérente a droit à des prestations à la fois en vertu de cette assurance et en vertu d'une autre protection du régime d'assurance maladie, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance.

2.3.4 Frais hospitaliers au Canada

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

Limitations

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

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

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

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

Tout acte, tout traitement ou toute prothèse, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant sont exclus.

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

2.3.6 Soins psychologiques

Les frais pour des services professionnels en psychothérapie (la professionnelle ou le professionnel doit détenir un permis de psychothérapeute délivré par le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec), pour les services rendus par une ou un psychologue, une ou un psychiatre, une travailleuse ou un travailleur social, une conseillère ou un conseiller en orientation, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur, une ou un thérapeute conjugal ou familial, une infirmière ou un infirmier, une ou un psychothérapeute.

2.3.7 Transport par avion ou par train d'une personne assurée « alitée »

Les frais de transport d'une personne assurée « alitée » décrits ci-après :

- les frais de transport par avion ou par train d'une personne assurée « alitée » occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport;
- les frais de transport par avion ou par train pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente ou patient interne à l'hôpital le plus près où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription de la ou du médecin;
- les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une hospitalisation.

2.4 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 2

2.4.1 Chiropractie

Les frais de traitements administrés par une chiropraticienne ou un chiropraticien. Les frais de radiographies sont également couverts.

2.4.2 Examen de la vue

Les frais d'examen de la vue par une ou un optométriste ou une ou un ophtalmologiste.

2.4.3 Kinésiologie

Les frais de traitements administrés par une ou un kinésiologue.

2.4.4 Orthophonie, ergothérapie ou audiologie

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

2.4.5 Physiothérapie et thérapie du sport

Les frais de traitements administrés par une ou un physiothérapeute, ou une ou un thérapeute en réadaptation physique.

2.4.6 Podiatrie ou podologie

Les frais de consultation ou de traitement en soins de pieds administré par une ou un podiatre, une ou un podologue, une infirmière ou un infirmier en soins des pieds ou une infirmière ou un infirmier auxiliaire en soins des pieds.

2.5 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 3

2.5.1 Acupuncture

Les frais de traitements administrés par une acupunctrice ou un acupuncteur.

2.5.2 Diététique

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

2.5.3 Homéopathie

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

2.5.4 Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie

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

2.5.5 Naturopathie

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

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

2.5.6 Ostéopathie

Les frais de traitements administrés par une ou un ostéopathe.

2.6 Frais couverts en vertu du Regroupement complémentaire facultatif 4

2.6.1 Appareil auditif

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

2.6.2 Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

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

2.6.3 Appareil de coagulation

Les frais d'achat d'un appareil d'autosurveillance de coagulation.

2.6.4 Appareils orthopédiques

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

2.6.5 Appareils thérapeutiques

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

À titre d'exemples, les appareils suivants sont admissibles à un remboursement :

- les appareils d'aérosolthérapie, les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique;
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire;
- les respirateurs à pression positive intermittente;
- les vêtements pour le traitement de brûlures;
- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale;
- les vêtements de compression.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) ni les autres appareils de même nature. Cette garantie ne couvre pas non plus les articles ou appareils pour lesquels un remboursement est prévu en vertu d'autres dispositions du régime d'assurance maladie.

S'il est prévu que le coût total des frais à engager dépasse 2 000 \$, il est recommandé d'obtenir une autorisation de Beneva avant d'engager les frais.

2.6.6 Articles pour stomie

Les frais d'achat de produits nécessaires à l'entretien de la stomie. Seule la partie des frais qui excède le montant remboursé par la RAMQ est admissible à un remboursement.

2.6.7 Bas de soutien

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

2.6.8 Chaussures orthopédiques

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

Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

La couverture pour les chaussures orthopédiques ne couvre pas les chaussures profondes ni aucune forme de sandales.

2.6.9 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.

2.6.10 Cure de désintoxication

Le coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue par Beneva, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs compulsifs, pour autant que la personne assurée y reçoive un traitement curatif. La clinique doit être située au Canada et sous le contrôle d'une ou d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier licencié.

2.6.11 Fauteuil roulant, marchette ou lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant non motorisé, d'une marchette ou d'un lit d'hôpital, à condition que ces articles soient requis pour un usage temporaire. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un hôpital. Les frais remboursables par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus.

2.6.12 Glucomètre

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un glucomètre. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose est également admissible. Une autorisation préalable de Beneva est requise pour les capteurs de glucose.

2.6.13 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 peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

2.6.14 Membres artificiels et prothèses externes

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

2.6.15 Neurostimulateur transcutané

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

2.6.16 Orthèses plantaires

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

Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales, et être prescrites par une ou un médecin, une ou un podiatre, une ou un podologue, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé.

2.6.17 Pompe à insuline et accessoires

Les frais d'achat et de réparation d'une pompe à insuline et les frais d'achat d'accessoires pour une telle pompe.

2.6.18 Prothèse capillaire

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

2.6.19 Prothèses mammaires

Les frais d'achat de prothèses mammaires rendues nécessaires par suite de mastectomie (simple, double ou partielle).

2.6.20 Soins infirmiers

Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié, ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire dûment licencié, pour les soins dispensés à domicile, de façon continue et exclusive, à la personne assurée. La personne prodiguant ces services professionnels ne doit pas résider habituellement avec la personne assurée.

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

2.6.21 Soutiens-gorge postopératoires

Les frais d'achat de soutiens-gorge postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

2.6.22 Transport et hébergement au Québec

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

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

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation d'une ou d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles les frais pour un traitement non disponible dans cette région et prodigué par une ou un médecin spécialiste;

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

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme administré par l'établissement responsable du traitement de la personne assurée. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans la région de résidence, la personne assurée doit communiquer avec l'hôpital, le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS. Ces organismes sont « premiers payeurs » et seuls les frais non remboursés par ces organismes et admissibles en vertu du contrat sont remboursables.

2.7 Exclusions et limitations

2.7.1 Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) à la suite d'une guerre;
- 2) à la suite de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- 3) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 4) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
- 5) pour des fins d'esthétique, sauf en cas d'accident;
- 6) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental ou par tout autre régime privé, individuel ou collectif, en aucun cas Beneva n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés lorsqu'une personne est protégée en vertu de plusieurs sources;

- 7) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 8) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- 9) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- 10) pour les services ou produits servant au traitement de l'infertilité ou à l'insémination artificielle et qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM).

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RPAM.

2.7.2 Limitations

Le nombre de traitements pour une même personne assurée est limité comme suit :

- 1) un seul traitement par jour par professionnelle ou professionnel ou par spécialiste; et
- 2) un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, sans égard au nombre de spécialités que pratique la professionnelle ou le professionnel ou la ou le spécialiste.

2.7.3 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 la personne adhérente en ait fait la demande ou non.

Si la personne adhérente a 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 qu'elle a 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.

La personne adhérente et sa personne conjointe doivent initialement faire leurs demandes de prestations en vertu de la garantie de leur régime d'assurance collective respectif.

Si la personne adhérente et sa personne conjointe détiennent un statut de protection familial pour leur garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour leurs enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. S'ils sont séparés ou divorcés, 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.

3- RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

3.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont ceux relatifs à des soins ou des traitements administrés par une chirurgienne ou un chirurgien dentiste, une ou un spécialiste ou denturologiste légalement licencié.

La description des frais dentaires couverts par l'assurance est effectuée à partir de la nomenclature de l'édition 2022 du Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). Beneva s'engage à administrer la présente garantie de façon à ce 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'ACDQ.

Les frais engagés pour les actes décrits ci-après sont admissibles jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide de l'ACDQ pour l'année au cours de laquelle les services sont rendus.

Lorsqu'une personne adhérente assurée par le régime de soins dentaires engage des frais admissibles pour elle-même ou une personne à charge assurée, Beneva rembourse ces frais selon les modalités du régime.

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE

La transmission électronique des demandes de prestations est disponible. La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la section 8 de la présente brochure.

3.2 Soins dentaires de restauration mineure et soins dentaires de restauration majeure - franchise commune

Les soins dentaires de restauration mineure et les soins dentaires de restauration majeure sont assujettis à une franchise annuelle commune de 50 \$ par certificat. Il s'agit d'une franchise unique qui est applicable aux frais engagés à la fois par la personne adhérente et ses personnes à charge.

3.3 Soins dentaires préventifs

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 80 %** et sans franchise :

3.3.1 Examen buccal clinique

- examen buccal des enfants âgés de moins de 10 ans non remboursable par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : 1 examen par période de 12 mois
- examen buccal préventif (de rappel ou périodique) : 1 examen par période de 9 mois
- examen buccal complet, stomatognatique ou prosthodontique : 1 examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : 1 examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

3.3.2 Radiographies

- a) radiographies intraorales
- b) radiographies extraorales
 - pellicule extraorale
 - radiographie, sinus
 - radiographie, sialographie
 - substance radio-opaque
 - radiographie, ATM
 - radiographie panoramique : 1 pellicule par période de 36 mois
 - radiographie céphalométrique
 - copie du dossier et/ou des radiographies : 2 fois par année civile

Les radiographies (sauf la radiographie panoramique) sont incluses dans les examens complets ou de rappel.

3.3.3 Examens de laboratoire et tests

- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
- test salivaire : 3 fois par période de 12 mois
- test bactériologique
- test histologique
- test cytologique
- modèles de diagnostic

3.3.4 Prévention

- prophylaxie, polissage de la partie coronaire des dents : 1 fois par période de 9 mois
 - fluorure, traitement* : une fois par période de 9 mois
 - détartrage parodontal : 1 seul code par période de 9 mois
 - analyse du régime alimentaire et recommandations : 1 fois à vie
 - conseils et reprise des conseils d'hygiène buccale : 2 fois à vie
 - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - finition d'obturation
 - scellant des puits et fissures* (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : 1 fois par période de 36 mois pour une même dent
 - meulage interproximal des dents* : 2 fois par année civile
 - améloplastie, par dent
- * *Seuls les enfants de moins de 14 ans sont admissibles à ces traitements.*

3.3.5 Correction des habitudes buccales* et appareil de maintien d'espace*

- évaluation myofonctionnelle : 1 fois par période de 24 mois
 - motivation : 1 fois à vie
 - appareil fixe ou amovible : 1 appareil par période de 24 mois
 - myothérapie : 5 fois à vie
- * *Seuls les enfants de moins de 14 ans sont admissibles à ces traitements.*

3.3.6 Services généraux complémentaires

- anesthésie locale
- responsabilité et durée requises en sus d'un acte courant

3.4 Soins dentaires de restauration mineure

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 80 %** et assujettis à la franchise commune indiquée au point 3.2.

3.4.1 Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- collage/cimentation d'un fragment de dent brisée : 2 fois par année civile
- restauration en résine, en amalgame et en composite
- facette fabriquée au fauteuil
- supplément pour une obturation ou une incrustation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant
- tenon, pour restauration (en amalgame ou en composite)

Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée 1 fois par période de 12 mois.

3.4.2 Endodontie

- urgence endodontique
- traitements endodontiques généraux
- thérapie canalaire
- chirurgie endodontique

3.4.3 Parodontie

- traitement d'infection ou d'inflammation aiguë
- désensibilisation
- équilibrage de l'occlusion : 3 fois par année civile
- services parodontaux, chirurgicaux (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée) (voir point 3.7 a) ci-après)

- surfaçage radiculaire sous anesthésie locale : 1 fois par dent par période de 12 mois
- jumelage ou ligature (pour le jumelage avec treillis de type Maryland, voir les soins dentaires de restauration majeure)
- ablation ou recimentation de jumelage
- appareils parodontaux : 1 appareil par maxillaire par période de 60 mois
- réparation d'appareils parodontaux : 1 fois par année civile
- regarnissage d'appareils parodontaux
- irrigation parodontale sous-gingivale

3.4.4 Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
- ablation de dent incluse, racines résiduelles, fragment de dent, exérèse
- exposition chirurgicale d'une dent : 1 fois à vie par dent
- transplantation d'une dent y compris l'immobilisation : 1 fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : 1 fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption : 1 fois à vie par dent
- correction et remodelage des tissus buccaux (alvéolectomie, alvéoloplastie, stomatoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie) (voir point 3.7 a) ci-après)
- ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse
- frénectomie
- reconstruction du procès alvéolaire
- préservation de la crête à la suite d'une extraction, avec os allogène ou autre matériau de comblement
- extension des replis muqueux
- biopsie par excision, ablation d'une tumeur ou d'un kyste
- incision et drainage chirurgicaux
- trauma buccodentaire
- dysfonction temporo-mandibulaire, traitement
- glande salivaire, traitement

- sinus maxillaire, retrait d'un corps étranger et lavage
- fistule oro-antrale, fermeture
- hémorragie, contrôle
- traitement postchirurgical

3.5 Soins dentaires de restauration majeure

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 50 %** et sont assujettis à la franchise commune indiquée au point 3.2.

3.5.1 Prothèse amovible (voir point 3.7 b) ci-après)

- prothèse complète
- prothèse partielle
- réfection, prothèse partielle
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse amovible partielle : 1 par 60 mois

3.5.2 Prothèse, services complémentaires

- ajustement
- remontage et équilibrage (prothèse complète ou partielle) : 1 fois par période de 60 mois
- ajout de structure à une prothèse partielle
- nettoyage
- duplicata d'une prothèse
- rebasage et regarnissage (prothèse complète ou partielle)
- réparation avec ou sans empreinte
- garnissage temporaire thérapeutique
- remplacement des dents
- obturateur palatin : 1 fois par période de 60 mois
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante

3.5.3 Prothèse fixe (voir point 3.7 b) ci-après)

- facette fabriquée en laboratoire
- aurification
- incrustation
- couronnes complètes préfabriquées : 1 par période de 12 mois
- couronne individuelle
- couronne de transition : 1 par période de 60 mois
- supplément pour la fabrication d'une couronne ou d'un pilier sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant
- capuchon, métal précieux ou non : 1 fois par période de 60 mois
- reconstitution d'une dent en vue d'une couronne
- pivot radiculaire
- réparation de couronne/facette
- recimentation d'une incrustation, d'une couronne, d'une facette ou d'un pivot et supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile
- jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordançage à l'acide : 1 fois par période de 60 mois pour une même dent
- pontique (sauf de transition)
- pilier de pont (sauf de transition)
- barre de rétention : 1 fois par période de 60 mois

3.5.4 Réparation de prothèse fixe

- ablation, pont fixe
- recimentation, pont fixe : 2 fois par année civile pour un même pilier
- réparation, pont fixe
- autres services de prothèse fixe

3.5.5 Implants

Les frais pour implants (y compris les frais engagés pour prothèse sur implant) peuvent être reconnus comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une couronne équivalente, lors de la mise en bouche finale de la couronne sur implant seulement.

3.6 Remboursement maximal relatif aux soins dentaires

L'ensemble des soins prévus aux points 3.3, 3.4 et 3.5 est assujéti à un remboursement maximal par personne assurée, par année civile, comme spécifié au tableau suivant. La première année civile correspond à l'année au cours de laquelle la couverture de la personne adhérente débute.

Année civile	Remboursement maximal par personne assurée
Première	600 \$*
Deuxième	800 \$
Troisième et les suivantes	1 000 \$

* *Le maximum de 600 \$ prévu au cours de la première année civile s'applique indépendamment de la date d'entrée en vigueur du régime (aucun prorata).*

3.7 Restrictions liées aux soins dentaires

- a) Lorsque dans le guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les actes ou services rendus correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants différents ou à 4 quadrants différents, selon le cas, par année civile, par personne assurée.
- b) Lorsqu'une prothèse a fait l'objet d'une demande de prestations et que des frais ont été reconnus admissibles, aucune prothèse de remplacement (couronne individuelle, facette, aurification, incrustation, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) n'est admissible à un remboursement si elle est posée dans les 60 mois suivant l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.
- c) Les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

3.8 Exclusions liées aux soins dentaires

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- a) à la suite d'une guerre;
- b) à la suite de participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- c) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;

- d) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
- e) pour des fins d'esthétique, sauf si spécifié autrement;
- f) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental;
- g) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) qui sont remboursés ou payables par tout autre régime privé, individuel ou collectif;
- i) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- j) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- k) les frais reliés à des unités additionnelles.

De plus, les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne font en aucun cas l'objet de frais admissibles en vertu du contrat.

4- RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Selon ce qui est prévu aux conditions de travail, ce régime peut prendre deux formes :

- un régime d'assurance salaire de l'employeur : l'employeur paye les primes et reçoit la rente dans le cas où une de ses personnes employées devient totalement invalide;
- un régime d'assurance salaire des personnes employées : la personne employée paye les primes et reçoit la rente dans le cas où elle devient totalement invalide.

4.1 Détermination du contenu du régime

Pour une personne employée admissible ou une personne adhérente, le choix inscrit à la convention collective ou le choix effectué par l'employeur ou par l'unité d'accréditation ou le syndicat auquel elle appartient quant au délai de carence, au pourcentage de remboursement et à la durée maximale de la rente constitue le régime d'assurance salaire de courte durée.

Les primes sont payées par l'employeur ou par la personne adhérente, selon qu'il s'agit d'un régime d'assurance salaire de l'employeur ou d'un régime d'assurance salaire des personnes employées tels que décrits ci-dessus.

Le choix d'un employeur ou d'une unité d'accréditation ou d'un syndicat quant au délai de carence, au pourcentage de remboursement et à la durée maximale de la rente est irrévocable jusqu'au 1^{er} janvier qui suit l'échéance d'une période de 24 mois après la date d'entrée en vigueur du régime choisi, à moins d'une modification à cet effet à la convention collective.

Cependant, dans la mesure où la prime du régime est payée par les personnes adhérentes, le choix d'une unité d'accréditation ou d'un syndicat quant au pourcentage de remboursement peut être modifié à la baisse en tout temps. Cette modification est effective à la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date indiquée sur l'avis écrit pour la prise d'effet de ce changement.

4.2 Rente d'invalidité

Une personne assurée en vertu du régime d'assurance salaire de courte durée a droit, selon les conditions énoncées dans la présente section, à la rente prévue par le régime d'assurance salaire de courte durée inscrit à sa convention collective ou choisi par l'employeur ou par l'unité d'accréditation ou le syndicat auquel elle appartient. Les dispositions qui s'appliquent sont celles qui sont en vigueur à la date du début de l'invalidité totale et elles demeurent applicables jusqu'à la fin de cette invalidité totale.

Lorsqu'une personne assurée en vertu du régime d'assurance salaire de courte durée devient totalement invalide en cours d'assurance et que sa période d'invalidité totale se poursuit au-delà du délai de carence, Beneva s'engage à lui verser une rente hebdomadaire tant que dure la même période d'invalidité totale, sans toutefois dépasser son 70^e anniversaire de naissance ni la durée maximale de la rente. Dans le cas où l'employeur paye les primes, la rente hebdomadaire lui est versée plutôt qu'à la personne assurée.

4.2.1 Délai de carence

Le délai de carence peut varier, au choix, de 0 à 365 jours pour une invalidité due à un accident et de 7 à 365 jours pour une invalidité due à une maladie.

Pour la personne adhérente qui reçoit son traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois, si l'invalidité débute au cours d'une période pendant laquelle le versement de son traitement par l'employeur est suspendu, le délai de carence s'applique à compter du premier jour de la période au cours de laquelle le versement du traitement par l'employeur reprend.

4.2.2 Durée maximale de la rente

La durée maximale de la rente est de 52 ou de 104 semaines. Cette durée inclut le délai de carence.

Pour la personne adhérente qui reçoit son traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois, le versement de la rente est suspendu au cours des périodes pendant lesquelles le versement de son traitement par l'employeur est normalement suspendu. Ces périodes sont toutefois incluses dans le calcul de la durée maximale de versement de la rente.

La rente est payable tant que se poursuit la même période d'invalidité totale sans dépasser la durée maximale de la rente; toutefois, le paiement de la rente cesse au plus tard lorsque la personne employée totalement invalide atteint l'âge de 70 ans. Par ailleurs, l'invalidité est réputée prendre fin lorsque Beneva ne peut obtenir de la personne adhérente des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

4.3 Montant de la rente hebdomadaire

Lorsque la prime du régime est payée par l'employeur, le montant de la rente hebdomadaire peut varier, au choix, de 60 % à 100 % du traitement hebdomadaire en vigueur au début de l'invalidité totale. **La rente est alors imposable.**

Lorsque la prime du régime est payée par la personne adhérente, le montant de la rente peut varier, au choix, de 60 % à 75 % du traitement hebdomadaire en vigueur au début de l'invalidité totale. **La rente n'est pas imposable.**

La rente est calculée à raison de 1/5^e du traitement hebdomadaire pour chaque jour d'invalidité totale.

Important

La personne employée qui veut avoir plus de détails sur le contenu de son régime doit s'adresser à la personne responsable des assurances de son établissement, à son syndicat ou communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva.

4.4 Réduction de la rente hebdomadaire

Le montant de la rente hebdomadaire déterminé précédemment au point 4.3 est réduit des montants suivants :

a) *Traitement reçu de l'employeur*

Tout traitement brut reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables payés par ce dernier.

b) *Rentes de retraite*

- Le montant brut ramené sur une base hebdomadaire de toute rente de retraite effectivement payée par un régime de retraite concernant les employés des secteurs public et parapublic (RREGOP, RRPE, etc.) ou par un autre régime de retraite privé, si le paiement de la rente de retraite a débuté après le début de l'invalidité.

Cependant, lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de ladite rente dans un compte de retraite immobilisé (CRI), Beneva réduit la rente hebdomadaire payable par le régime d'assurance salaire de courte durée de tout montant reçu d'un fonds de revenu viager (FRV) ou d'une rente viagère obtenue par la conversion des sommes accumulées dans le CRI. Les sommes alors considérées dans le CRI sont uniquement celles transférées du régime de retraite privé en vigueur au début de l'invalidité.

- Le montant brut ramené sur une base hebdomadaire de toute rente de retraite versée par le Régime de rentes du Québec (RRQ) ou par le Régime de pensions du Canada (RPC).

c) *Rentes d'invalidité d'un régime public ou d'une loi sociale (RRQ, RPC, CNESST, SAAQ, IVAC, etc.)*

- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité payable en relation avec l'invalidité concernée par le Régime de rentes du Québec ou par le Régime de pensions du Canada.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité payable en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité gouvernementale payable en vertu de toute autre loi sociale.

Par *montant net*, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

Pour le calcul des impôts, les crédits d'impôt non remboursables suivants sont pris en compte :

PROVINCIAL	FÉDÉRAL
1. Montant de base	1. Montant personnel de base
2. Montant pour conjoint	2. Montant pour conjoint
3. Montant pour personnes à charge	

d) *Rentes d'invalidité d'un régime privé*

95 % du montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente effectivement payée en relation avec l'invalidité concernée par tout régime de retraite privé. Par *montant net*, on entend le montant de rente payé par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

Pour le calcul des impôts, les crédits d'impôt non remboursables suivants sont pris en compte :

PROVINCIAL	FÉDÉRAL
1. Montant de base	1. Montant personnel de base
2. Montant pour conjoint	2. Montant pour conjoint
3. Montant pour personnes à charge	

e) *Prestations de maternité, de paternité, d'adoption ou parentales*

Le montant brut, calculé sur une base hebdomadaire, des prestations de maternité ou de paternité payables à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

Le montant brut, calculé sur une base hebdomadaire, des prestations d'adoption ou parentales payées à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

Toute indexation future des montants mentionnés ci-dessus n'est pas prise en considération dans le calcul de la réduction de la rente hebdomadaire.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment aux points 4.4 b), c) et d), il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés.

Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente :

- lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de ladite rente; ou
- lorsqu'elle bénéficie de l'exonération des cotisations à son régime de retraite et qu'elle n'a pas atteint 40 années de service cotisées.

4.5 Emploi de réadaptation

Lorsque la personne employée effectue un travail dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par Beneva, la rente payable est réduite de 50 % de la rémunération hebdomadaire provenant dudit travail.

4.6 Exclusions

Beneva ne verse aucune rente pour une invalidité totale :

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

- c) survenue pendant que la personne employée est en service actif dans les forces armées;
- d) si l'invalidité résulte d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf durant toute période pendant laquelle la personne employée reçoit des soins médicaux ou des traitements en vue de sa désintoxication;
- e) si l'invalidité totale a débuté alors que la personne employée n'était pas assurée en vertu du régime d'assurance salaire de courte durée;
- f) pour une période où la personne employée n'est pas sous les soins réguliers d'une ou d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de Beneva;
- g) pendant toute période où la personne employée effectue un travail rémunérateur en tenant compte de la définition d'invalidité, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par Beneva;
- h) pendant toute période d'invalidité totale au cours de laquelle la personne employée reçoit son salaire en tout ou en partie, à moins que le syndicat (employeur de la personne invalide) n'utilise la rente versée pour financer sa politique de continuation de salaire;
- i) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle la personne employée reçoit le paiement de congés de maladie, à moins que le syndicat (employeur de la personne invalide) n'utilise la rente versée pour financer sa politique de congés de maladie;
- j) survenue à la suite d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de la personne employée.

5- RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide, les dispositions du régime d'assurance salaire de longue durée qui sont en vigueur à la date de début de l'invalidité lui sont applicables jusqu'à la fin de cette période d'invalidité totale.

5.1 Début du paiement de la rente d'invalidité

La rente mensuelle devient payable à la dernière des dates suivantes :

- a) la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale d'une même période d'invalidité totale;
- b) la fin du paiement de la rente d'invalidité prévue par la convention collective ou par un régime d'assurance salaire équivalent;
- c) pour la personne adhérente qui reçoit son traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois et pour qui la rente mensuelle devient payable au cours de la période où le versement de son traitement par l'employeur est normalement suspendu, la rente mensuelle devient payable le 1^{er} septembre qui suit la fin du paiement de la rente d'invalidité prévue à la convention collective ou par un régime d'assurance salaire équivalent.

5.2 Montant de la rente d'invalidité

La rente mensuelle est établie en divisant par 12 le montant annuel suivant :

Un montant annuel établi en fonction du traitement annuel brut de la personne adhérente à la date de début du paiement de cette rente*, et ce, de la façon suivante :

- 1) 65 % des premiers 20 000 \$ de traitement annuel brut;
- 2) 50 % des 20 000 \$ suivants de traitement annuel brut;
- 3) 45 % de l'excédent.

* Si le traitement annuel brut de la personne adhérente à la date de début du paiement de sa rente d'invalidité est inférieur à celui qui s'appliquait au début de cette même période d'invalidité totale, ce dernier traitement est utilisé pour les fins du calcul de la rente.

5.3 Réduction de la rente d'invalidité

Le montant de la rente mensuelle déterminé précédemment au point 5.2 est réduit des montants suivants :

a) *Traitement reçu de l'employeur*

Tout traitement brut reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables payés par ce dernier.

b) *Rentes de retraite*

- 80 % du montant brut ramené sur une base mensuelle de toute rente de retraite payable par un régime de retraite concernant les employés des secteurs public et parapublic (RREGOP ⁽¹⁾, RRPE, etc.) ou par un autre régime de retraite privé.

Cependant, lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de ladite rente dans un compte de retraite immobilisé (CRI), Beneva réduit la rente mensuelle payable par le régime d'assurance salaire de longue durée de tout montant reçu d'un fonds de revenu viager (FRV) ou d'une rente viagère obtenue par la conversion des sommes accumulées dans le CRI. Les sommes alors considérées dans le CRI sont uniquement celles transférées du régime de retraite privé en vigueur au début de l'invalidité.

- Le montant brut ramené sur une base mensuelle de toute rente de retraite versée par le Régime de rentes du Québec (RRQ) ou par le Régime de pensions du Canada (RPC).

⁽¹⁾ Lorsque le montant de la rente mensuelle est réduit de la rente de retraite du RREGOP, Beneva ne remettra pas en cause l'état d'invalidité totale et permanente de la personne adhérente.

c) *Rentes d'invalidité d'un régime public ou d'une loi sociale (RRQ, RPC, CNESST, SAAQ, IVAC, etc.)*

- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité payable en relation avec l'invalidité concernée par le Régime de rentes du Québec ou par le Régime de pensions du Canada.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité payable en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel.
- Le montant net ramené sur une base hebdomadaire de toute rente d'invalidité gouvernementale payable en vertu de toute autre loi sociale.

Par *montant net*, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

Pour le calcul des impôts, les crédits d'impôt non remboursables suivants sont pris en compte :

PROVINCIAL	FÉDÉRAL
1. Montant de base	1. Montant personnel de base
2. Montant pour conjoint	2. Montant pour conjoint
3. Montant pour personnes à charge	

d) *Rentes d'invalidité d'un régime privé*

95 % du montant net ramené sur une base mensuelle de toute rente payable en relation avec l'invalidité concernée par tout régime de retraite privé. Par *montant net*, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

Pour le calcul des impôts, les crédits d'impôt non remboursables suivants sont pris en compte :

PROVINCIAL	FÉDÉRAL
1. Montant de base	1. Montant personnel de base
2. Montant pour conjoint	2. Montant pour conjoint
3. Montant pour personnes à charge	

e) *Revenus provenant de tout emploi rémunérateur*

75 % du revenu brut, calculé sur une base mensuelle, qui est procuré par tout emploi rémunérateur, sauf pour la période durant laquelle s'applique un programme de réadaptation approuvé par Beneva. Par *revenu de tout emploi rémunérateur*, on entend toute activité professionnelle ou commerciale pour laquelle la personne adhérente touche une compensation directe ou indirecte, immédiate ou différée, déduction faite des dépenses courantes engagées dans l'exercice de ses fonctions d'après les normes édictées par le ministère du Revenu du Québec.

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

f) *Prestations de maternité, de paternité, d'adoption ou parentales*

Le montant brut, calculé sur une base mensuelle, des prestations de maternité ou de paternité payables à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

Le montant brut, calculé sur une base mensuelle, des prestations d'adoption ou parentales payées à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

Toute indexation future des montants mentionnés ci-dessus n'est pas prise en considération dans le calcul de la réduction de la rente hebdomadaire.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment aux points 5.3 b), c) et d), il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés.

Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente :

- lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de ladite rente; ou
- lorsqu'elle bénéficie de l'exonération des cotisations à son régime de retraite et qu'elle n'a pas atteint 40 années de service cotisées.

5.4 Indexation de la rente d'invalidité

À compter du 1^{er} janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente d'invalidité, le montant de la rente payable est ajusté selon les mêmes modalités que celles du RRQ, jusqu'à concurrence d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

5.5 Durée de la rente d'invalidité

La rente est versée mensuellement tant que se poursuit la même période d'invalidité totale, sans excéder le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

5.6 Emploi de réadaptation

La personne invalide peut s'engager, avec l'accord de Beneva, dans un emploi qui favorise sa réadaptation. La rente d'invalidité payable est alors réduite de 50 % de la rémunération provenant dudit emploi. Divers avantages sont également prévus pour faciliter la réadaptation.

5.7 Exclusions

Beneva ne verse aucune prestation pour une invalidité totale :

- a) survenue par suite d'une guerre ou d'une guerre civile, déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays étranger. La présente exclusion ne s'applique pas si la personne assurée est présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et où une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;
- b) survenue par suite de la participation active de la personne employée à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- c) survenue pendant que la personne employée est en service actif dans les forces armées;
- d) si l'invalidité résulte d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf durant toute période pendant laquelle la personne employée reçoit des soins médicaux ou des traitements en vue de sa désintoxication;
- e) si l'invalidité a débuté alors que la personne employée n'était pas protégée en vertu du régime d'assurance salaire de longue durée;
- f) pour une période où la personne employée n'est pas sous les soins réguliers d'une ou d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de Beneva.

6- RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Ce régime prévoit une participation obligatoire à un montant minimal de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de base de la personne adhérente. Cette participation obligatoire est toutefois assortie d'un droit de retrait, qui est décrit au point 1.3.5 c). De plus, la personne employée peut choisir le contenu de son régime d'assurance vie parmi les protections décrites ci-après.

6.1 Assurance vie de base de la personne adhérente

Montant de protection

Lors du décès de la personne adhérente assurée en vertu de la présente protection, Beneva s'engage à verser à son ou à ses bénéficiaires un montant de protection de 10 000 \$ ou de 25 000 \$, selon le montant détenu par la personne adhérente.

Lors de l'adhésion initiale, les montants de protection de 10 000 \$ et de 25 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'employeur reçoit le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 180 jours suivant la date d'admissibilité de la personne adhérente. Lors d'un changement de protection, ces mêmes montants sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'employeur reçoit le formulaire dans les 60 jours de la date de l'événement reconnu (voir le point 1.6.1 c)).

Au-delà des délais mentionnés ci-dessus, des preuves d'assurabilité sont requises pour obtenir le montant de protection de 10 000 \$ si la personne adhérente avait exercé son droit de retrait ou pour obtenir le montant de protection de 25 000 \$.

6.2 Assurance vie additionnelle de la personne adhérente

6.2.1 Montant de protection

Si la personne adhérente choisit un montant de protection de 25 000 \$ en vertu de l'assurance vie de base prévue au point 6.1, elle peut demander de 1 à 9 tranches de 25 000 \$ d'assurance vie additionnelle.

Les premiers 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité, si demandés dans les délais prescrits. Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à l'acceptation de preuves d'assurabilité par Beneva.

6.2.2 Réduction du montant de protection

Le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est réduit de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

6.2.3 Limitation en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne adhérente pour tout montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente si cette dernière décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ce montant de protection.

6.2.4 Droit au paiement anticipé

Lorsque l'espérance de vie d'une personne adhérente est inférieure à 24 mois, elle a le droit, si elle en fait la demande par écrit à Beneva, de recevoir une prestation d'assurance vie maximale égale au moins de 100 000 \$ et de 50 % du montant de protection (base et additionnelle) qu'elle détient. Beneva établit ce montant de protection en appliquant immédiatement, s'il y a lieu, toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

Si la personne adhérente désire exercer ce droit, elle doit fournir des preuves à la satisfaction de Beneva démontrant :

- que son espérance de vie est inférieure à 24 mois à la date de sa demande; et
- l'acceptation de son bénéficiaire si celui-ci est un bénéficiaire irrévocable.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant autrement payable par Beneva au bénéficiaire est réduit du montant payé à titre de prestation d'assurance vie à la personne adhérente en vertu du présent droit, accumulé avec intérêts.

Si Beneva n'est plus l'assureur du régime d'assurance vie à la date du décès de la personne adhérente, l'assureur en place à cette date est responsable du paiement de 100 % de la prestation, ce qui implique un remboursement éventuel du montant de l'avance déjà consentie par Beneva, ce montant étant accumulé avec intérêts.

6.3 Assurance vie de base des personnes à charge

Montant de protection

Cette garantie prévoit trois protections :

- protection de la personne conjointe seulement;
- protection des enfants à charge seulement; ou
- protection de la personne conjointe et des enfants à charge.

La personne adhérente peut choisir entre les deux options suivantes et, selon la protection sélectionnée, le montant indiqué s'appliquera à la personne conjointe ou aux enfants à charge, ou aux deux :

Option 1 : 10 000 \$ pour la personne conjointe et 5 000 \$ par enfant à charge âgé d'au moins 24 heures

Option 2 : 20 000 \$ pour la personne conjointe et 10 000 \$ par enfant à charge âgé d'au moins 24 heures

La personne adhérente doit choisir la même option pour la personne conjointe et les enfants à charge.

6.4 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

6.4.1 Montant de protection

Si la personne adhérente choisit un montant de protection de 20 000 \$ pour sa personne conjointe en vertu de l'assurance vie de base des personnes à charge (Option 2), elle peut demander pour sa personne conjointe de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle. Tous les montants de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe sont assujettis à l'acceptation de preuves d'assurabilité par Beneva.

6.4.2 Réduction du montant de protection

Le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est réduit de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

6.4.3 Limitation en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne conjointe pour tout montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe si cette dernière décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ce montant de protection.

6.4.4 Droit au paiement anticipé

Lorsque l'espérance de vie de la personne conjointe est inférieure à 24 mois, la personne adhérente a le droit, si elle en fait la demande par écrit à Beneva, de recevoir pour sa personne conjointe une prestation d'assurance vie maximale égale à 50 % du montant de protection (base et additionnelle) que la personne conjointe détient. Beneva établit ce montant de protection en appliquant immédiatement, s'il y a lieu, toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

Si la personne adhérente désire exercer ce droit, elle doit fournir des preuves à la satisfaction de Beneva démontrant que l'espérance de vie de sa personne conjointe est inférieure à 24 mois à la date de sa demande.

Lors du décès de la personne conjointe, le montant autrement payable par Beneva à la personne adhérente est réduit du montant payé à titre de prestation d'assurance vie en vertu du présent droit, accumulé avec intérêts.

Si Beneva n'est plus l'assureur du régime d'assurance vie à la date du décès de la personne conjointe, l'assureur en place à cette date est responsable du paiement de 100 % de la prestation, ce qui implique un remboursement éventuel du montant de l'avance déjà consentie par Beneva, ce montant étant accumulé avec intérêts.

6.5 Bénéficiaire

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

En l'absence de toute désignation spécifique faite par la personne adhérente, tout montant de protection payable à son décès est versé à sa succession.

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

7- PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

7.1 Programme d'aide

Le Programme d'aide aux employés est offert aux personnes adhérentes couvertes en vertu du régime d'assurance salaire de courte durée prévu au présent contrat et à leurs personnes à charge.

Ce programme est destiné à aider les personnes assurées qui vivent des situations problématiques.

Les éléments du programme comportent des maximums qui s'appliquent par année civile et par unité familiale constituée de la personne adhérente, de sa personne conjointe et de ses enfants à charge. Ces éléments sont les suivants :

- a) consultation téléphonique, à raison d'un maximum de 3 heures, étant entendu qu'une seule des 3 heures de consultation peut servir à répondre aux questions d'ordre juridique ou financier;
- b) consultation de ressources professionnelles en cabinet ou à l'aide d'Internet sécurisé, à raison d'un maximum de 12 heures.

Les personnes assurées peuvent avoir recours à leur propre professionnel de la santé, si le professionnel et le fournisseur de service parviennent à un accord concernant les différents critères à respecter.

Important

La description la plus récente du programme d'aide ainsi que le numéro à composer pour en bénéficier sont disponibles sur le site de Beneva au **beneva.ca**. La section « Programme d'aide aux employés » peut être consultée à partir du volet « Assurance collective » des particuliers.

Le numéro du certificat sera demandé au moment de l'appel.

7.2 Dispositions particulières applicables lors du décès de la personne adhérente

Lors du décès de la personne adhérente, les services prévus par le Programme d'aide aux employés sont maintenus pour ses personnes à charge pendant une période de 3 mois suivant la date du décès, sous réserve des maximums prévus au présent article.

7.3 Dispositions particulières applicables à la fin de l'assurance

Lorsque l'assurance de la personne adhérente prend fin, les services du Programme d'aide aux employés sont maintenus pendant une période de 30 jours pour toute personne assurée recevant déjà alors des services en vertu du présent article. Les services prévus sont alors limités à un maximum de 2 heures par personne adhérente, jusqu'à concurrence des maximums prévus dans la présente section.

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 Frais de médicaments

La plupart des frais de médicaments peuvent être réclamés directement en ligne sur le site **Espace client**.

Deux autres modes de transmission sont disponibles pour les demandes de prestations de médicaments :

8.1.1 Paiement direct avec carte de paiement

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à Beneva. Sur présentation de la carte d'assurance, le pharmacien valide immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement. Si c'est le cas, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance maladie puisque Beneva rembourse directement au pharmacien la portion assurée.

Coordination de prestations en pharmacie

Si une personne assurée est couverte par 2 régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses 2 cartes à la pharmacienne ou au pharmacien de sorte que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat.

8.1.2 Par la poste

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance (perte, pharmacienne ou pharmacien non participant, etc.), elle peut acheminer ses demandes par la poste en utilisant le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Il est possible de l'imprimer par l'entremise du site **Espace client**.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la personne assurée, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et doivent être dûment acquittés.

Les médicaments fournis par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi sont également payables sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

L'utilisation de la carte d'assurance pour l'achat de médicaments permet d'éviter à la personne assurée que ses factures ne soient pas présentées à temps.

8.2 Autres frais d'assurance maladie

La plupart des frais d'assurance maladie peuvent être réclamés directement en ligne sur le site **Espace client**.

Lorsqu'une personne assurée transmet une réclamation en ligne, elle doit conserver tous les documents (factures acquittées, reçus et prescriptions) pour une période de 12 mois, afin d'être en mesure de les fournir à l'assureur sur demande.

La personne assurée peut également acheminer ses demandes par la poste en utilisant le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Il est possible de l'imprimer par l'entremise du site **Espace client**.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie

Le dépôt direct permet à la personne assurée d'obtenir plus rapidement son remboursement, en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol des chèques de prestations.

La personne assurée peut adhérer au dépôt direct en s'inscrivant au site **Espace client**. Au moment de faire sa demande, elle doit avoir en main sa carte d'assurance de même qu'un chèque personnel indiquant son numéro de compte. Pour plus de détails sur la façon de faire de même que sur nos services Internet, la marche à suivre est indiquée au point 8.9 ci-après.

Si la personne assurée veut adhérer au dépôt direct et qu'elle n'a pas accès à Internet, ou si elle a besoin d'assistance, elle peut contacter le Service à la clientèle de Beneva a numéro indiqué à l'endos de la présente brochure.

8.3 Frais d'assurance soins dentaires

Pour transmettre sa demande de prestations de façon électronique, la personne assurée présente sa carte d'assurance à son dentiste. Elle n'a alors à payer que la partie des frais non remboursables par Beneva.

Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires », le signer et le retourner à Beneva. Ce formulaire est disponible sur le site **Espace client**.

S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse 800 \$ ou que les services prévus sont des soins de restauration majeure, un plan de traitement accompagné d'une radiographie doit être soumis à Beneva avant le début du traitement afin d'établir le montant des frais couverts.

De plus, des radiographies préopératoires, chartes parodontales, photographies, modèles d'étude ou autres pièces justificatives peuvent être exigés pour l'analyse et l'autorisation de certains autres soins (même si ceux-ci ont déjà été prodigués).

Pour être admissibles à un remboursement, les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

8.4 Frais hospitaliers ou médicaux assujettis à une loi sociale

Tous les frais médicaux ou hospitaliers assujettis à une loi sociale sont remboursables par l'organisme en question (CNESST, SAAQ, IVAC, etc.). Ces comptes doivent être présentés à l'organisme et non à Beneva.

8.5 Assurance salaire de courte durée

Toute demande de rente d'assurance salaire de courte durée doit être transmise par écrit à Beneva, accompagnée des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, au cours des 90 jours suivant la date à laquelle la personne assurée a droit à une rente. À défaut de produire la demande de rente ou les preuves à l'intérieur des délais prévus à ce régime, le droit à la rente ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle l'assureur les aura reçues.

Le défaut de transmettre la demande de rente ou de fournir les preuves et les renseignements dans les délais prévus n'entraîne pas le refus de la demande pourvu que cette dernière ainsi que les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire dans les 12 mois de la date du début de l'invalidité totale, sauf si la personne employée démontre à la satisfaction de Beneva que des raisons valables l'ont empêchée d'effectuer sa demande dans les délais prévus.

Toute période d'invalidité ayant débuté en cours de contrat doit être rapportée au plus tard durant la période de 12 mois qui suit immédiatement la date de la fin du contrat lorsqu'il est raisonnablement possible de le faire.

La personne assurée doit absolument présenter une telle demande de rente, et ce, même si elle reçoit des rentes d'invalidité en vertu de toutes lois sociales (ex : CNESST, RRQ, etc.).

Lorsqu'une demande de rente lui est présentée et périodiquement par la suite, Beneva se réserve le droit de faire examiner, à ses frais, par le médecin qu'elle désigne, toute personne adhérente totalement invalide.

8.6 Assurance salaire de longue durée

Toute demande de rente d'assurance salaire de longue durée doit être transmise par écrit à Beneva, accompagnée des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, au cours des 90 jours suivant la date à laquelle la personne assurée a droit à une rente. À défaut de produire la demande de rente ou les preuves à l'intérieur des délais prévus à ce régime, le droit à la rente ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle l'assureur les aura reçues.

La personne assurée doit absolument présenter une telle demande de rente, et ce, même si elle reçoit des rentes d'invalidité en vertu de toutes lois sociales (ex : CNESST, RRQ, etc.).

Lorsqu'une demande de rente lui est présentée et périodiquement par la suite, Beneva se réserve le droit de faire examiner, à ses frais, par le médecin qu'elle désigne, toute personne adhérente totalement invalide.

8.7 Assurance vie

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

8.8 Où envoyer vos demandes de prestations

La personne assurée doit indiquer son numéro de certificat sur toute demande de prestations ou correspondance qu'elle fait parvenir à Beneva à l'adresse suivante :

**Case postale 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6**

8.9 Services Internet de Beneva

Espace client

Cet outil électronique permet à la personne assurée d'accéder en tout temps à leur dossier d'assurance. Voici quelques-unes des opérations qu'elles peuvent y effectuer de façon rapide, confidentielle et sécurisée :

- faire une demande de prestations en ligne (pour certains frais seulement);
- adhérer au dépôt direct de leurs prestations d'assurance maladie, d'assurance soins dentaires et d'assurance salaire;
- consulter en ligne leur relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire de demande de prestations d'assurance soins dentaires;
- consulter ou imprimer un relevé de prestations d'assurance maladie aux fins d'impôt;
- imprimer leur carte d'assurance;
- effectuer un changement d'adresse;
- imprimer le formulaire pour les médicaments d'exception;
- effectuer une déclaration de fréquentation scolaire;
- vérifier ou modifier le nom du bénéficiaire de leur assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à leur dossier d'assurance;
- connaître le solde de leur compte pour les garanties concernées;
- imprimer une preuve de couverture pour leur assurance voyage.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages qu'offrent les services Internet de Beneva, les personnes assurées n'ont qu'à se rendre sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**. Des directives en ligne les guideront dans leur processus d'inscription.

Si elle a besoin d'assistance, la personne assurée peut communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva au numéro indiqué à l'endos de cette brochure.

8.10 Services mobiles de Beneva

La personne assurée qui utilise un appareil mobile peut télécharger gratuitement l'application Beneva Services mobiles. Cette application permet à la personne assurée d'effectuer les mêmes opérations que celles qu'elle peut effectuer sur le site **Espace client**.

8.11 Dossier et renseignements personnels

Avis de constitution d'un dossier

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, Beneva inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés et employées, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que les réassureurs et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. Beneva conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à Beneva inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, Beneva peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

Beneva peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de Beneva doivent se soumettre à la politique de Beneva sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, elle consent à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à son égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de l'assurance et la qualité des services que Beneva peut offrir.

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site de Beneva au **beneva.ca**.

9- RÉGIMES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES RETRAITÉES

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

Pour adhérer à ces régimes, vous devez adhérer à l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec - AREQ (CSQ) et au Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) - ASSUREQ dans les 90 jours qui suivent la date où vous êtes admissible.*

Dès que vous connaissez la date de votre retraite, demandez à Beneva l'information nécessaire. Beneva vous fera parvenir la documentation à ce sujet.

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

ANNEXE - PERSONNES EMPLOYÉES IMPATRIÉES

Cette annexe doit être interprétée conjointement avec les informations indiquées au « Résumé des garanties » pour chaque groupe de personnes employées admissibles et selon les garanties d'assurance qui sont prévues au « Résumé des garanties » pour ces groupes.

Beneva inc. accepte exceptionnellement de couvrir les personnes employées impatriées désignées par le preneur, et ce, aux conditions suivantes :

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à la présente annexe, en plus des autres définitions prévues au contrat.

« personne conjointe »

Personne conjointe de la personne employée impatriée, habitant au Canada avec la personne employée impatriée, satisfaisant à la définition de Personne conjointe et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat.

« personne employée impatriée »

Personne désignée par le preneur qui satisfait à la définition de Personne employée et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat, qui habite au Canada et dont le lieu de travail habituel se situe au Canada.

2. La personne employée impatriée et ses personnes à charge sont admissibles à toutes les garanties d'assurance prévues au contrat, selon la catégorie de personnel à laquelle la personne employée impatriée appartient et selon les garanties d'assurance qui sont prévues au « Résumé des garanties ».
3. Les dispositions applicables aux garanties auxquelles la personne employée impatriée et ses personnes à charge sont admissibles sont les mêmes que celles prévues au contrat, à moins d'indication contraire dans cette annexe.
4. Les frais admissibles sont ceux prévus au contrat. Ainsi, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province où habite la personne employée impatriée ne sont pas admissibles.

Nonobstant ce qui précède, et pour la garantie d'assurance voyage avec assistance uniquement, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province où habite la personne employée impatriée sont admissibles.

Toutes les dispositions de coordination des prestations prévues aux termes du contrat s'appliquent, quelle que soit la garantie.

5. Aux fins d'application de la garantie d'assurance voyage avec assistance, et plus particulièrement de la disposition relative au rapatriement de la personne assurée, l'expression « province de résidence » fait référence au lieu de résidence permanente de la personne employée impatriée à l'extérieur du Canada.

Aux fins d'application de la garantie d'assurance voyage avec assistance, et plus particulièrement de la disposition relative au décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, l'expression « lieu de résidence de la personne assurée au Canada » fait référence au lieu de résidence permanente de l'employé impatrié à l'extérieur du Canada.

Toutefois, s'il est prouvé, à la satisfaction de Beneva, qu'une situation rend impossible le rapatriement de la personne assurée ou de la dépouille de la personne assurée au lieu de résidence permanente de la personne employée impatriée, les expressions « province de résidence » et « lieu de résidence de la personne assurée au Canada » peuvent alors faire référence au lieu où habite la personne employée impatriée au Canada, sous réserve de l'autorisation préalable du service d'assistance voyage de Beneva.

6. Aux fins d'application de la garantie d'assurance voyage avec assistance, et plus particulièrement des dispositions relatives aux honoraires d'un chirurgien dentiste et au retour du véhicule personnel ou de location de la personne assurée, les expressions « province de résidence » et « résidence » font référence au lieu où habite l'employé impatrié au Canada.
7. Aux fins d'application de la définition de Voyage (aux fins de la garantie d'assurance annulation de voyage), un voyage débute à la date du départ de la personne assurée de sa résidence au Canada et se termine à la date du retour de la personne assurée à cette même résidence au Canada.
8. En cas d'invalidité totale reconnue par Beneva et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, la personne employée impatriée a l'obligation de communiquer avec Beneva afin de l'aviser de tout séjour à l'extérieur du Canada. En effet, aux fins d'application de l'exonération des primes et de toute garantie d'assurance salaire, lorsqu'applicable, tout séjour à l'extérieur du Canada doit préalablement être approuvé par Beneva.
9. En cas d'invalidité totale reconnue par Beneva et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, la personne employée impatriée est admissible à recevoir des prestations d'assurance salaire et au maintien sans paiement de primes des garanties prévues en vertu de l'exonération des primes. Cependant, le versement

des prestations et l'exonération des primes prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin du versement des prestations et de fin de l'exonération des primes prévues au contrat :

- a) la date à laquelle la personne employée impatriée atteint l'âge de 65 ans;
- b) la date à laquelle la personne employée impatriée effectue un séjour à l'extérieur du Canada qui n'a pas été préalablement approuvé par Beneva;
- c) la date à laquelle les dispositions de la présente annexe prennent fin;
- d) la date à laquelle la personne employée impatriée cesse d'habiter au Canada;
- e) la date à laquelle la personne employée impatriée cesse de recevoir des soins médicaux au Canada pour l'invalidité en cause.

- 10. Une personne employée qui adhère au présent régime à titre de personne employée impatriée et devient par la suite admissible en vertu du régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence n'est plus considérée comme une personne employée impatriée à compter de la date à laquelle elle devient admissible à ce régime. Les conditions mentionnées dans la présente annexe ne s'appliquent alors plus à cette personne employée impatriée.
- 11. Les conditions mentionnées dans la présente annexe ne s'appliquent plus aux personnes à charge de la personne employée impatriée à la date à laquelle elles deviennent admissibles en vertu du régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de leur province de résidence, même si elles le deviennent avant la personne employée impatriée.
- 12. L'assurance de la personne employée impatriée et de ses personnes à charge se termine à la date à laquelle la personne employée impatriée atteint l'âge de 65 ans, si cette date est antérieure aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat.
- 13. Les dispositions de la présente annexe prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat :
 - a) la date de fin du contrat de travail liant la personne employée impatriée au preneur;
 - b) la date la date à laquelle le preneur met fin aux dispositions de la présente annexe.

Cette brochure d'assurance collective est également disponible en version électronique sur le site de l'Espace client au **beneva.ca/fr/espace-client**.

ESPACE CLIENT

L'outil incontournable pour votre assurance collective

- Réclamez en ligne et recevez l'argent dans votre compte en 48 h avec le dépôt direct (pour la majorité des soins).
- Ne cherchez plus jamais vos documents d'assurance : relevés, preuves, carte.
- Consultez vos réclamations facilement.
- Sachez toujours quels sont les détails de vos protections d'assurance.

Connectez-vous
beneva.ca/fr/espace-client

Veillez conserver cette brochure pour consultation ultérieure.

DES QUESTIONS?

Pour les questions concernant votre régime d'assurance collective :

2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, Succ. Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
Téléphone : 1 888 CSQ-0006
(1 888 277-0006)

beneva.ca



En collaboration
avec

beneva